

Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

Vilhelm Borg, Mette Andersen Nexø,
Ida Viktoria Kolte og Malene Friis Andersen



DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER FOR ARBEJDSMILJØ



Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

Vilhelm Borg

Mette Andersen Nexø

Ida Viktoria Kolte

Malene Friis Andersen

I samarbejde med en ekspertgruppe

Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

© Arbejdstilsynet
Landskronagade 33
2100 København Ø

© Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)

Forfattere:
Vilhelm Borg, NFA
Mette Andersen Nexø, NFA
Ida Viktoria Kolte, NFA
Malene Friis Andersen, NFA

I samarbejde med en ekspertgruppe

ISBN: 978-87-7904-212-4
Varenr. 280003

Forsidefoto: Colourbox
Layout: Rumfang
Tryk: Rekart Offset

København 2010

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Lersø Parkalle 105
2100 København Ø
Tlf.: 39165200
Fax: 39165201
nfa@arbejdsmiljoforskning.dk
www.arbejdsmiljoforskning.dk

Indhold

Forord	5
Ekspertgruppens medlemmer	6
Læsevejledning	7
Resumé	9
Sammenfatning og anbefalinger	13
Indledning	43
Kapitel 1. Prævalens. Hvor stor en andel af befolkningen har mentale helbredsproblemer, og hvor stor en andel behandles?	71
Kapitel 2. Arbejdsevne. Hvordan påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen?	115
Kapitel 3. Arbejdsmiljø. Hvordan påvirker arbejdet mentale helbredsproblemer?	191
Kapitel 4. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer. Hvad kan der gøres for at forebygge mentale helbredsproblemer?	217
Kapitel 5. TTA-interventioner. Hvad kan man gøre for at få personer med mentale helbredsproblemer til at blive i beskæftigelse?	255
Kapitel 6. Faktorer og aktører i TTA-processen. Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der for tilbagevenden til arbejde for personer med mentale helbredsproblemer?	369
Kapitel 7. Danske TTA-indsatser. Hvad kendetegner indsatserne for tilbagevenden til arbejde i Danmark?	427
Efterskrift	472

Forord

Som konsekvens af trepartsaftalen den 29. september 2008 mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter har Arbejdstilsynet fået til opgave at vejlede virksomheder om sygefravær og arbejdsfastholdelse. For at løse denne nye opgave på et fagligt opdateret grundlag har Arbejdstilsynet bedt Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) om at udarbejde et systematisk overblik over den nyeste viden om sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med mentale helbredsproblemer.

Forskere fra NFA har således gennemgået den danske og internationale forskningslitteratur om de faktorer, der betinger, at personer med mentale helbredsproblemer sygemeldes eller forbliver på arbejdet og om de faktorer, der betinger hurtigt tilbagevenden til arbejdet efter langvarigt sygefravær på grund af psykiske helbredsproblemer. Resultaterne af litteraturgennemgangen er samlet i nærværende hvidbog, som i sammenfatningen også indeholder ni anbefalinger til indsatser over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Seniorforsker Vilhelm Borg og forskningsassistenterne Mette Andersen Nexø, Ida Viktoria Kolte, og Malene Friis Andersen, NFA, har stået i spidsen for arbejdet bistået af en ekspertgruppe bestående af otte anerkendte, danske forskere.

Medlemmerne af ekspertgruppen takkes for deres store indsats, og lektørerne takkes for deres gennemgang af rapporten og for deres værdifulde kommentarer og forslag, der er inddraget i den endelige hvidbog.

*Direktør Palle Ørbæk
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*

Ekspertgruppens medlemmer

Vilhelm Borg, seniorforsker, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (formand).

Per Bech, professor, overlæge, dr. med., Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Center Nordsjælland.

Morten Birket-Smith, overlæge, dr. med., Liaison-psykiatrisk Enhed, Bispebjerg Hospital.

Jens Peter Bonde, professor, overlæge, dr. med., Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital.

Finn Diderichsen, professor, speciallæge, dr.med., Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Janne Hertz, cand. psych. Aut., Kognitiv Terapi Center Århus.

Per Klausen Fink, professor, ledende overlæge, dr. med., Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital.

Bo Netterstrøm, overlæge, dr. med., Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital.

Morten Vejs Willert, cand. psych. aut., Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital.

Hvidbogen er blevet lektorbedømt af seniorforsker Jan Høgelund, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og forskningsleder, socialoverlæge Claus Vinther Nielsen, Afdelingen for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Læsevejledning

Resumé

Først gives et kort resumé af baggrunden for udarbejdelsen af hvidbogen, dens hovedkonklusioner og anbefalinger.

Sammenfatning og anbefalinger

Sammenfatningen indeholder kort fortalt en opsummering hvidbogens kapitler samt ni anbefalinger.

Anbefalingerne er fremkommet ved, at vi har sammenfattet evidensen ud fra den tilgængelige viden fra internationale videnskabelige studier og erfaringer fra interventioner i Danmark. De ni anbefalinger drejer sig om indsatser over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer, som hvidbogens forfattere er nået frem til på grundlag af evidensen og indikationerne fra litteraturnemgangen.

Sidst i sammenfatningen peges der kort på, hvor der er huller i vores viden, og hvor der er behov for mere – og frem for alt mere sikker – forskningsbaseret viden.

Indledning og kapitler

I indledningen og i hvert af kapitlerne 1-7 findes en indholdsfortegnelse forrest og en komplet referenceliste bagerst.

Indledningen fortæller kort om baggrunden for den øgede forskningsinteresse i mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, om de inkluderede mentale helbredsproblemer samt om det teoretiske grundlag for rapporten.

I *kapitel 1* undersøger vi prævalensen (forekomsten) af mentale helbredsproblemer i befolkningen og i forskellige undergrupper samt udviklingen af prævalensen over tid og underbehandlingen af mentale helbredsproblemer.

I *kapitel 2* undersøger vi betydningen af mentale helbredsproblemer for sygefravær, reduktion af arbejdslevnen og førtidigt arbejdsophør.

I *kapitel 3* undersøger vi sammenhængen mellem arbejdsmiljøfaktorer og mentale helbredsproblemer.

I *kapitel 4* redegør vi for den tilgængelige viden om effekten af forskellige interventioner med det formål at forebygge mentale helbredsproblemer. I første omgang undersøger vi effekten af interventioner, der foretages i arbejdspladsregi til at forebygge mentale helbredsproblemer og fremme positiv mental sundhed. Dernæst undersøger vi effekten af interventioner i andet regi for at forebygge mentale helbredsproblemer.

I *kapitel 5* undersøger vi den tilgængelige viden fra den internationale forskning om effekterne af forebyggelse af sygefravær og arbejdsophør samt forbedring af arbejdsevne og tilbagevenden til arbejde efter sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.

I *kapitel 6* redegør vi for den tilgængelige viden fra observationelle undersøgelser af faktorer, der fremmer og hæmmer tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Til sidst redegør vi i *kapitel 7* for de indsamlede erfaringer fra danske interventioner til forbedring af tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse af personer med mentale helbredsproblemer.

Resumé

Baggrund

Med regeringens sygefraværshandlingsplan og den efterfølgende trepartsaf-
tale af 29. september 2008 har Arbejdstilsynet fået til opgave at vejlede virk-
somheder om mulighederne for at forebygge, at medarbejdere bliver syge,
fastholde syge medarbejdere i arbejde og hjælpe sygemeldte medarbejdere
tilbage til arbejdspladsen. Vejledningen skal tage udgangspunkt i "Hvidbog
om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær",
som NFA udgav i 2008, samt denne hvidbog, som udgives i 2010.

For at give Arbejdstilsynet et opdateret fagligt grundlag for de nye vejled-
ningsopgaver har NFA fået til opgave af Arbejdstilsynet at skrive en hvid-
bog om den eksisterende viden om sammenhængen mellem mentalt helbred,
sygefravær og arbejdsfastholdelse.

Forskning i sygefravær har indtil for nylig fokuseret mest på sygefravær på
grund af fysiske helbredsproblemer, typisk muskel- og skeletbesvær. Det er
først i 1990'erne, at der er kommet fokus, herunder forskningsmæssig fokus,
på sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer.

Denne hvidbog tager sit udgangspunkt i kommissoriet, som afgrænser emne-
området og problemstillingerne. Ifølge kommissoriet skal hvidbogen give et
systematisk overblik over "Faktorer der betinger, at personer med psykiske
helbredsproblemer sygemeldes/forbliver på arbejdet, og faktorer der betin-
ger hurtigt tilbagevenden til arbejdet efter langvarigt sygefravær pga. psyki-
ske helbredsproblemer."

I hvidbogen gennemgås systematisk den nyeste danske og internationale, vi-
denskabelige litteratur og – hvor nødvendigt – anden faglitteratur i bestræ-
belserne på at opfylde kommissoriet. På baggrund heraf opstiller hvidbogen
ni anbefalinger om tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse af perso-
ner med mentale helbredsproblemer. Konklusionerne og anbefalingerne gen-
nemgås kort i det følgende.

Konklusioner

Mentale helbredsproblemer udgør i dag en betydelig del af det samlede syge-
fravær, og en stigende andel af førtidspensionerne tilkendes på grund af
mentale helbredsproblemer, hvoraf depression, angsttilstande og funktionelle

lidelser er de største grupper. Senest har fokus rettet sig mod den stigende andel unge mennesker, der aldrig får fodfæste på arbejdsmarkedet som følge af mentale helbredsproblemer. Der er dermed ikke nogen tvivl om, at mentale helbredsproblemer er forbundet med store samfundsøkonomiske konsekvenser. Denne hvidbog anslår, at de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark årligt er 55 mia. kr. De direkte omkostninger til behandling udgør heraf kun godt 10 %. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet. Hertil kommer, at mentale helbredsproblemer samtidig medfører betydelige personlige konsekvenser i form af lidelser, nedsat livskvalitet, samt nedsat funktions- og arbejdssevne.

En væsentlig årsag til de store omkostninger er den store udbredelse af mentale helbredsproblemer i befolkningen. Der foreligger endnu ikke et tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag for et pålideligt skøn over den præcise udbredelse af mentale helbredsproblemer i Danmark. I de lande, vi normalt sammenligner os med, er andelen af den voksne befolkning, der i løbet af et år har mentale helbredsproblemer, skønsmæssigt på mellem 12 og 27 %. En anden væsentlig årsag er, at mentale helbredsproblemer – ulig mange fysiske helbredsproblemer og sygdomme – ofte starter før eller tidligt i arbejdslivet, og at mentale helbredsproblemer påvirker en række funktionsevner af stor betydning for arbejdssevnen. Sidst men ikke mindst kan en betydelig del af de samfundsmæssige omkostninger henføres til det faktum, at mange med mentale helbredsproblemer ikke får effektiv behandling eller behandles meget sent til trods for, at der de senere år er udviklet medicinske og psykologiske metoder, der effektivt kan behandle problemerne for flertallet.

Hvidbogen har ud fra litteraturgennemgangen fundet evidens for, at en forbedring af behandlingsindsatsen effektivt kan forebygge visse arbejdsmæssige konsekvenser af mentale helbredsproblemer. Behandlingsindsatsen skal både være koordineret, for at sikre hurtig adgang til behandling, og følge evidensbaserede retningslinjer, dvs. give adgang til både medicinsk og psykologisk behandling. Der er endvidere fundet indikation for, at en kombination af en arbejds- og helbredsmaessig indsats forkorter sygefraværet og fremmer hurtigere tilbagevenden til arbejde efter en sygemelding. Der er ikke indikation for, at en sådan indsats hverken forbedrer eller forværrer det mentale helbred. For at en kombineret indsats kan have effekt, er det en forudsætning, at der er mulighed for at modificere arbejdsopgaverne.

Der foreligger endnu ikke resultater fra sådanne interventioner i Danmark, men der er igangværende danske interventioner, der afprøver, om de elementer og metoder i TTA-indsatsen (TTA = tilbage til arbejde) nævnt ovenfor også er effektive i en dansk kontekst.

Anbefalinger der vedrører TTA-indsatser efter en sygemelding pga. mentale helbredsproblemer

På baggrund af konklusionerne gives der ni anbefalinger.

De seks første anbefalinger (1-6) vedrører indsatser, der foretages, når en medarbejder er sygemeldt på grund af mentale helbredsproblemer og skal tilbage til arbejde. De sidste tre anbefalinger (7-9) omhandler indsatser, der foretages på arbejdspladsen for at forebygge sygemeldinger som følge af mentale helbredsproblemer.

1. Tidlig opsporing og behandling.

For at undgå unødige arbejds- og helbredsmæssige følgevirkninger anbefales en tidlig og hurtig behandlingsindsats, der lever op til evidensbaserede retningslinjer.

2. Undersøgelse af den sygemeldtes funktionsnedsættelse i relation til forskellige typer af arbejdsopgaver.

Det anbefales, at der foretages en grundig afklaring af medarbejderens funktionsnedsættelser for at kunne tilpasse arbejdsopgaver og samarbejdsrelationer med kollegaer derefter.

3. Modifikation af arbejdsopgaver.

For at tage hensyn til medarbejderens midlertidigt nedsatte arbejdsevne efter en sygemelding anbefales det at modificere arbejdsopgaverne herefter.

4. Koordineret indsats ved inddragelse af relevante aktører.

Det anbefales, at alle relevante aktører i samråd med den sygemeldte inddrages, når en medarbejder med mentale helbredsproblemer skal tilbage til arbejde efter en sygemelding.

5. Vejledning og samarbejde.

Det anbefales at støtte medarbejderen i processen med at vende tilbage til arbejde ved hjælp af dialog og vejledning.

6. Social reintegration på arbejdspladsen.

Det anbefales, at man på arbejdspladsen er opmærksom på at reintegrere medarbejdere med mentale helbredsproblemer. En social reintegration af medarbejderen kan fremmes ved fx at etablere en mentorordning på arbejdspladsen og ved at involvere kollegaerne i den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde.

7. Virksomhedspolitik om sygefravær og tilbagevenden til arbejde generelt.

Det anbefales, at virksomheder vedtager og gennemfører en politik for sygefravær og tilbagevenden til arbejde, der ikke skelner mellem, om medarbejderen er sygemeldt som følge af mentale eller somatiske helbredsproblemer.

8. Skabelse af en god kultur på arbejdspladsen.

For at undgå stigmatisering af medarbejdere med mentale helbredsproblemer er det vigtigt med åbenhed og information om mentale helbredsproblemer.

9. Indsatser på arbejdspladsen.

For at forebygge sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer kan arbejdspladsen med fordel lave sundhedsfremmeindsatser, reducere stressfaktorer på arbejdspladsen og tilbyde psykologisk vejledning til medarbejdere, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer.

Sammenfatning og anbefalinger

Baggrund og problemstilling

Som konsekvens af den trepartsaftale om nedbringelse af sygefraværet, som regeringen indgik med arbejdsmarkedets parter den 29. september 2008, skal Arbejdstilsynet (AT) som noget nyt give virksomheder vejledning om sygefravær og arbejdsfastholdelse. For at fremskaffe et opdateret vidensgrundlag herfor har Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) fået til opgave af AT at skrive en hvidbog om den eksisterende viden om sammenhængen mellem mentalt helbred, sygefravær og arbejdsfastholdelse.

Hvidbogen tager sit udgangspunkt i kommissoriet, som afgrænser hvidbogens emneområde, problemstillinger og fremgangsmåde. Ifølge kommissoriet skal hvidbogen give et systematisk overblik over *"Faktorer, der betinger, at personer med psykiske helbredsproblemer sygemeldes/forbliver på arbejdet, og faktorer, der betinger hurtig tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær på grund af psykiske helbredsproblemer."* Se kommissoriet i et bilag bagest i hvidbogen.

Der har i det seneste årti været en stigende interesse for spørgsmålet om mentalt helbred og sygefravær. Mentale helbredsproblemer udgør i dag en betydelig del af det samlede sygefravær. Dertil kommer, at andelen af førtidspensioner tilkendt på grund af mentale helbredsproblemer er stor og stigende i Danmark og en række andre europæiske lande. Der synes dermed ikke at være nogen tvivl om, at sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer er forbundet med betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser. Hertil kommer, at sygefraværet kan medføre betydelige personlige konsekvenser, herunder nedsat livskvalitet, funktions- og arbejdsevne.

Forskning i sygefravær har tidligere fokuseret mest på sygefravær på grund af somatiske årsager såsom muskel- og skeletbesvær. Det er først i 1990'erne, at der er kommet fokus, herunder forskningsmæssig fokus, på sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer. Indtil da havde de fleste indsatser over for sygemeldte med mentale helbredsproblemer været baseret på praktiske erfaringer. Det er endnu ikke lykkedes at gøre noget effektivt ved dette store samfundsomfattende problem på trods af, at der i dag er effektive behandlingsmetoder, der kan forbedre helbredet hos de fleste personer med mentale helbredsproblemer. Så selvom en medarbejder får behandlet sine mentale helbredsproblemer, er der andre forhold, der har indflydelse på, om en medarbejder kommer (hurtigt) tilbage til arbejde eller ophører med at arbejde.

Der kan være flere grunde til, at det ikke er lykkedes at løse de samfundsmæssige problemer med sygefravær og førtidigt arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer. For det første er det svært at udvikle tiltag, der tager højde for alle forhold med betydning for, at en person udvikler mentale helbredsproblemer og må sygemeldes fra arbejdet. Her har individuelle, arbejdsrelaterede faktorer og andre kontekstuelle faktorer stor betydning for, om sygefraværet bliver kortvarigt eller langvarigt – eller resulterer i førtidspension. For det andet er det først inden for det seneste årti, at forskningen inden for området har inddraget relevant viden fra både psykiatrien, den kliniske psykologi, arbejdets organisation og arbejdsmarkedet.

De sidste 10 års forskning har bidraget med meget ny viden, og der er i skrivende stund mange nye studier undervejs. Der er dog endnu ikke tilstrækkelig detaljeret viden om alle de processer og forhold, der kan have betydning for sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.

Anbefalinger

På grundlag af den evidens og de indikationer, som litteraturgennemgangen har frembragt, har vi valgt at give ni anbefalinger om indsatser over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Seks af anbefalingerne er rettet mod indsatser, der kan forbedre mulighederne for en sikker og varig tilbagevenden til arbejde for personer med mentale helbredsproblemer. De øvrige tre anbefalinger er rettet mod indsatser, der generelt kan støtte sygemeldtes tilbagevenden til arbejde og påvirke nogle af barriererne for tilbagevenden til arbejde for personer med mentale helbredsproblemer.

De anbefalede indsatser kræver samarbejde mellem en række aktører. Vi har ikke angivet, hvilke aktører der bør iværksætte de enkelte forslag, da det vil afhænge af den konkrete situation. Der er i anbefalingerne ikke skelnet imellem virksomhedsstørrelser, brancher eller typer af mentale helbredsproblemer.

Anbefalingerne er inddelt efter to forskellige indsatsområder på arbejdspladsen:

- Anbefalinger, der vedrører TTA-indsatser (TTA = tilbage til arbejde) over for personer, der er sygemeldt på grund af mentale helbredsproblemer.
- Generelle anbefalinger, der vedrører forebyggelse af sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.

Anbefalinger vedrørende TTA-indsatsen efter en sygemelding

1. Tidlig opsporing og behandling

Mentale helbredsproblemer er forbundet med en betydelig reduktion af livskvaliteten, funktions- og arbejdsevnen. Det anbefales at reducere disse følger-virkninger ved følgende tiltag:

- Tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer
- Adgang til evidensbaseret behandling
- Adgang til specialiseret behandling efter behov

Det er vigtigt med en grundig og tidlig vurdering af det mentale helbredsproblem, at undgå ventetider til behandling og at give adgang til evidensbaseret behandling samt specialiseret behandling efter behov. Evidensbaseret behandling indebærer, at der er adgang til en kombineret behandling, hvor der – alt efter behov – tilbydes psykologbehandling og medicinsk behandling.

2. Undersøgelse af den sygemeldtes funktionsnedsættelse i relation til forskellige typer af arbejdsopgaver

Funktionsnedsættelse er en naturlig følgevirkning af mentale helbredsproblemer. Der er store individuelle forskelle i, hvilke funktioner der er nedsatte, hvor meget funktionen er nedsat, og i hvor lang tid funktionsnedsættelsen varer. For at kunne tilpasse de enkelte arbejdsopgaver og samarbejdsrelationer til den sygemeldtes funktionsnedsættelse er det vigtigt, at der foretages en grundig afklaring af, hvilke konkrete funktionsnedsættelser der er tale om. Afklaringen bør ske i et samarbejde mellem medarbejderen, den nærmeste leder og eventuelt en særligt kvalificeret medarbejder med viden om mentale helbredsproblemer. Det er derfor vigtigt at udrede, om følgende funktioner er nedsatte:

- *Kognitive funktioner.* Kognitive funktioner omhandler de tankeprocesser, der er involveret i bl.a. opmærksomhed, koncentration, og problemløsning. Der kan være tale om midlertidig nedsættelse af opmærksomhed og koncentration, som kan vanskeliggøre medarbejderens evne til fx at lave mange opgaver på én gang og få et tilstrækkeligt overblik over mange informationer. Der kan også være tale om vanskeligheder med at planlægge og gennemføre opgaver.
- *Sociale funktioner.* Socialt samvær kan opleves krævende, når man har mentale helbredsproblemer. Der kan være problemer med at håndtere komplicerede sociale relationer. Det betyder, at et job med mange og skiftende samarbejdsrelationer kan være særligt belastende for personer med mentale helbredsproblemer.

- *Initiativ og energi.* Sænket energiniveau og manglende initiativ er normale følgevirkninger af mentale helbredsproblemer. Dette er sjældent udtryk for modvilje mod arbejdsopgaver, men derimod ofte et udtryk for et behov for at få tilpasset kravene i en periode. I takt med, at funktionsevnen genvindes, kan kravene opjusteres.

Det anbefales, at der etableres nationale guidelines for vurdering af funktionsnedsættelser og deres betydning for varetagelse af forskellige arbejdsopgaver.

3. Koordineret indsats ved inddragelse af relevante aktører

Det anbefales, at alle relevante aktører inddrages, når en medarbejder med mentale helbredsproblemer skal tilbage til arbejde efter en sygemelding. I samråd med den sygemeldte og med udgangspunkt i den sygemeldtes situation bør de relevante indsatser koordineres, så de indgår i en samlet tilbage-til-arbejde-plan. Herved tilgodeses både behandlings- og arbejdsmæssige behov. Det anbefales, at en fagperson med viden om arbejdsmiljø og arbejdsmarkedet varetager koordinationen. Arbejdspladsen bør inddrages så tidligt som muligt af koordinatoren, når TTA-forløbet planlægges.

4. Modifikation af arbejdsopgaver

Det anbefales at modificere arbejdsopgaverne, når en medarbejder, der har været sygemeldt med mentale helbredsproblemer, vender tilbage til arbejde, således at der tages hensyn til den midlertidigt nedsatte funktionsevne. Modifikationen kan fx omfatte en tilpasning af arbejdsopgaverne, samarbejdet med kollegaer eller kunder, arbejdstidens længde og mødetidspunkter. Det er i den forbindelse vigtigt, at der på virksomheden skabes accept af et periodevis nedsat præstations- og produktivitetsniveau i arbejdet (sygenærvær). Afhængigt af omfanget af medarbejderens mentale helbredsproblem og funktionsnedsættelse vil der være stor individuel forskel på, hvor omfattende en tilpasning der er behov for. Ligeledes vil der være stor forskel på, hvor lang en periode det er nødvendigt at opretholde arbejdsmodifikationerne. Arbejdsmodificeringerne kan løbende opjusteres i takt med, at det mentale helbred forbedres.

Arbejdsmodifikationer kan anvendes i tre situationer:

1. Medarbejderen forbliver i arbejde på trods af mentale helbredsproblemer:
I denne situation kan arbejdsmodifikationer være med til at forebygge et langvarigt sygefravær.
2. Medarbejderen vender tilbage til arbejde efter kort tids sygefravær: I dette tilfælde kan arbejdsmodifikationer fremme en tidligere tilbagevenden og være med til at forebygge gentagne sygemeldinger.

3. Medarbejderen er vendt tilbage til arbejde efter langvarig sygemelding: I tiden efter medarbejderen er vendt tilbage, er opgaven for virksomheden og medarbejderen at gøre arbejdsfastholdelsen vedvarende. Der kan derfor være behov for arbejdsmodifikationer i en periode efter raskmelding.

5. Vejledning og samarbejde

Det anbefales, at der skabes fremgangsmåder til at støtte medarbejderens tilbagevenden til arbejde med vejledning både før og efter tilbagevenden. En sygemelding som følge af mentale helbredsproblemer kan beskrives som et nedbrud af medarbejderens funktionsevne, så han/hun ikke længere kan tackle kravene på arbejdet. I den forbindelse kan tilbagevenden til arbejde, før medarbejderen er kommet sig helt, opleves som vanskelig og måske endda som en trussel mod helbredet. Her kan tanker om undgåelse og frygt for tilbagevenden være normale reaktioner. Da tilbagevenden til arbejde kræver aktiv medvirken af den sygemeldte, er det nødvendigt at samarbejde med den sygemeldte om afklaring af de arbejdsmæssige udfordringer, som de opleves og måske frygtes. Vejledning og hjælp til håndteringen af disse udfordringer er oftest nødvendigt, for at genoptagelsen af arbejdet bliver varig.

Den sygemeldte skal på samme tid forholde sig til krav og spørgsmål fra arbejdspladsen, sundhedssystemet og det sociale system, hvilket for nogle kan forekomme overvældende og uoverskueligt. Også her vil dialog med den sygemeldte samt konstruktivt afklarende vejledning være nødvendig for, at den sygemeldte aktivt tør medvirke til sin egen tilbagevenden til arbejde.

6. Social reintegration på arbejdspladsen

Det anbefales, at man på arbejdspladsen er opmærksom på at reintegrere medarbejdere med mentale helbredsproblemer ved at have mere fokus på de sociale processer på arbejdspladsen. En social reintegration kan fremmes ved at etablere mentorordninger på arbejdspladsen og skabe rammer for konflikthåndtering. Langvarigt sygefravær og reduceret funktionsevne har konsekvenser for den nærmeste leder, kolleger og eksterne arbejdsrelationer. Af den grund kan der forekomme spændinger i forhold til kolleger og ledere, hvilket kan føre til egentlige konflikter, hvis spændingerne ikke håndteres. Det er her vigtigt at være opmærksom på, at en tilbagevenden til arbejde kan anskues som en social reintegrationsproces, hvor den sygemeldte og dennes kollegaer skal støttes i en periode. Det er vigtigt, at kollegaerne informeres om og så vidt muligt involveres i de aftaler, der indgås, når den sygemeldte vender tilbage til arbejde.

Generelle anbefalinger vedrørende forebyggelse af sygefravær på arbejdspladsen

7. Virksomhedspolitik om sygefravær og tilbagevenden til arbejde generelt

Det anbefales, at medarbejdere med mentale helbredsproblemer modtager de samme generelle retningslinjer for sygefravær og tilbagevenden til arbejde som medarbejdere med andre helbredsproblemer. Det anbefales, at virksomheder vedtager og gennemfører en politik for sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Målsætningen for denne politik bør være at forebygge langtidssygefravær og forbedre virksomhedens muligheder for at fastholde medarbejdere. I virksomhedspolitikken kan det beskrives, hvad virksomheden skal gøre i de forskellige faser i sygefraværs- og TTA-forløbet. Det kan beskrives, hvem der har ansvar for gennemførelsen af de enkelte aktiviteter, og hvordan samarbejdet mellem den sygemeldte og kollegaerne skal foregå, samt hvordan kontakten til og samarbejdet med kommunen og andre eksterne aktører skal foregå.

De næste anbefalinger konkretiserer, hvordan virksomheden kan lave specifikke indsatser, der er målrettet medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

8. Skabelse af en god kultur på arbejdspladsen

I forlængelse af virksomhedens politik om sygefravær og tilbagevenden til arbejde, der dækker såvel fysiske som mentale helbredsproblemer, anbefales det, at virksomheden aktivt arbejder for at udvikle en rummelig kultur på arbejdspladsen, hvor det vigtigste i forbindelse med mentale helbredsproblemer er at:

- Undgå stigmatisering af medarbejdere med mentale helbredsproblemer via information og åbenhed om psykiske lidelser.
- Skabe åbenhed om og accept af behandlingen af mentale helbredsproblemer og øge kendskabet til, at mentale helbredsproblemer ofte kan behandles effektivt, og at den sygdomsramte med tiden vil genvinde funktionsevnen.
- Skabe betingelser for åbenhed og dialog ved sygefravær, hvor den sygemeldte tilbydes kontakt med en betroet leder, tillidsrepræsentant eller medarbejder, der har et godt kendskab til mentale helbredsproblemer.

Det anbefales, at medarbejdere, ledere og tillidsrepræsentanter modtager information om mentale helbredsproblemer. Denne information skal øge deres viden med henblik på at møde og støtte medarbejderen med mentale helbredsproblemer bedst muligt, så denne kan fastholde arbejdet og undgå lang-

tidssygefravær. Endvidere anbefales det, at ledere uddannes i at modificere arbejdsopgaver og støtte medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Der bør formidles viden om:

- *Prævalensen af mentale helbredsproblemer*: Mentale helbredsproblemer er udbredte og rammer ganske mange i løbet af et arbejdsliv.
- *Forståelse af mentale helbredsproblemer*: Hvad er mentale helbredsproblemer, hvordan opleves de, og hvordan påvirker de arbejdsevnen?
- *Behandling af mentale helbredsproblemer*: Der er effektive behandlingsmuligheder for de fleste mentale helbredsproblemer.
- *Sygefravær og mentale helbredsproblemer*: Der vil ofte være behov for korterevarende sygefravær, men behovet kan variere. Langvarigt sygefravær skal så vidt muligt undgås, og løbende kontakt med den sygemeldte er vigtig.
- *Mentale helbredsproblemer og reduceret produktivitet*: Selv efter fuldstændig symptomlettelse kan nogle medarbejdere have nedsat produktivitet i tiden umiddelbart efter sygefraværet.
- *Arbejdsmiljø og udvikling af mentale helbredsproblemer*: Medarbejdere med mentale helbredsproblemer kan være ekstra modtagelige over for positive såvel som negative arbejdsmiljøpåvirkninger.

9. Forebyggende indsatser på arbejdspladsen

Der kan opstilles en række generelle anbefalinger, der kan hjælpe med til at forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer:

- *Sundhedsfremme*. Indsatser, der forbedrer det mentale velbefindende på arbejdspladsen, kan være gavnlige for medarbejdere i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer (fx i form af sundhedsfremme og stress management). Det er vigtigt, at man gennem motiverende indsatser sikrer, at alle relevante aktører deltager, og at indsatserne følger evidensbaserede retningslinjer. Det anbefales, at der udvikles nationale retningslinjer.
- *Stressfaktorer*. Der bør sættes fokus på at reducere stressfaktorer på arbejdet og på at udvikle de positive arbejdsmiljøfaktorer, som medvirker til at skabe et godt psykisk arbejdsmiljø.
- *Vejledning*. Der bør gives tilbud om psykologisk vejledning eller behandling til medarbejdere, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer. Disse tilbud bør være i overensstemmelse med evidensbaserede retningslinjer. Der bør udvikles nationale vejledninger om implementering af trinvis interventioner, som inkluderer (1) opmærksomhed over for opståen af mentale helbredsproblemer, (2) selvhjælpsmetoder, (3) kortvarig psykologisk intervention og (4) mere specialiseret behandling.

Spørgsmål som besvares i hvidbogen

Ud fra kommissoriet har vi opstillet syv spørgsmål om sygefravær og mentalt helbred, som vi – for at løse opgaven – vil give svar på i hvidbogen. Hvidbogens kapitler er struktureret ud fra de syv spørgsmål:

Kapitel 1. Prævalens. Hvor stor en andel af befolkningen og hvor stor en andel af forskellige grupper i befolkningen har mentale helbredsproblemer (både mindre mentale helbredsproblemer og egentlige psykiske lidelser), og hvor stor en andel af personer med mentale helbredsproblemer bliver behandlet?

Kapitel 2. Arbejdsevne. Hvorledes påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen?

Kapitel 3. Arbejdsmiljø. Hvorledes påvirker arbejdsmiljøfaktorer det mentale helbred?

Kapitel 4. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer. Hvilke interventioner er effektive til at forebygge mentale helbredsproblemer og effektive til at fremme positiv mental sundhed/trivsel?

Kapitel 5. TTA-interventioner med sygemeldte. Hvilken effekt er der af TTA-interventioner for mennesker med mentale helbredsproblemer, og kan erfaringer og viden fra TTA-interventioner over for personer med muskel- og skeletbesvær overføres til sygemeldte med mentale helbredsproblemer?

Kapitel 6. Faktorer og aktører i TTA-processen. Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der for at vende tilbage til arbejde for mennesker med mentale helbredsproblemer?

Kapitel 7. Danske TTA-indsatser. Hvilke dokumenterede indsatser for tilbagevenden til arbejde er blevet og bliver i skrivende stund gennemført i Danmark?

I det følgende definerer vi kort hvidbogens gennemgående begreber og forklarer de valg, der er truffet i forbindelse med afgrænsningen af hvidbogen.

Alle mentale helbredsproblemer er vigtige og har betydning i en arbejdsplads- og arbejdsmarkedssammenhæng. Ikke desto mindre har det været for omfattende at gennemgå dem alle her. Hvidbogen koncentrerer sig derfor hovedsageligt om de mest almindeligt forekommende mentale helbredsproblemer i relation til arbejdslivet: Depression, angst, stressrelaterede lidel-

ser, funktionelle (somatoforme) lidelser og posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Comorbiditet (samtidigt forekommende mentale og / eller fysiske helbredsproblemer) er inddraget i enkelte kapitler. Mentale helbredsproblemer, der omfatter alkohol- eller stofmisbrug, er ikke inkluderet, da betydningen af misbrug for sygefravær er et omfattende forskningsområde med særskilte problemstillinger.

Begrebet "mentale helbredsproblemer" bruges i denne hvidbog som en samlet betegnelse for alle mentale helbredsproblemer – både mindre mentale helbredsproblemer og egentlige psykiske lidelser. Begrebet "sygefravær" vil konsekvent blive brugt i betydningen "langtids-sygefravær." Længden af sygefravær er defineret forskelligt i de forskellige studier, men som regel vil der være tale om en sammenhængende periode på mindst 14 dage.

Vi betragter tilbagevenden til arbejde som en forebyggelsesindsats, som omfatter flere faser, der indbyrdes hænger sammen:

- Forebyggelse af mentale helbredsproblemer
- Forebyggelse af reduktion af arbejdsevnen
- Forebyggelse af langtidssygefravær og
- Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet.

Litteratursøgning og evidensniveauer

Der er gennemført en omfattende og struktureret litteratursøgning (detaljerne herom er der redegjort for i et bilag bagest i hvidbogen). I litteratursøgningen er der hovedsageligt blevet søgt på meta-analyser og randomiserede kontrollerede undersøgelser publiceret i perioden 1995-2010 med målgrupper, der er i beskæftigelse, og som har mentale helbredsproblemer. De primære udfald (eng. outcomes) har været sygefravær, arbejdsfastholdelse, arbejdsophør og arbejdsevne, mens de sekundære udfald har været forskellige helbredsmæssige udfald (fx symptomer og livskvalitet).

Litteraturgennemgangen i hvidbogen er ikke et stringent systematisk review. Dog er studierne blevet kvalitetsvurderet. Studier af dårlig forskningsmæssig kvalitet, såsom mangler og usikkerhed i metode eller analyse, er blevet nedprioriteret i sammenfatningen af evidens. De niveauer af evidens, der lægges til grund for hvidbogens konklusioner, er angivet i tabel S.1.

Tabel S.1. Anvendte kriterier for niveauer af evidens

Evidensniveauer	Kriterier
Ingen evidens	Kun få studier med begrænset kvalitet viser sammenhæng
Modstridende evidens	Studier viser sammenhænge, der går i forskellig retning
Indikation	Studier med begrænset kvalitet viser sammenhænge, der går i samme retning
Moderat evidens	Et eller to studier med høj kvalitet viser sammenhænge, der går i samme retning
Stærk evidens	Tre eller flere studier med høj kvalitet og/eller ét systematisk review/meta-analyse viser sammenhænge, der går i samme retning

Sammenfatning af den forskningsbaserede viden

Kapitel 1. Prævalens. Hvor stor en andel af befolkningen har mentale helbredsproblemer, og hvor stor en andel behandles?

For at kunne få overblik over, hvor stort et problem sygefravær som følge af mentalt helbred er i Danmark, er det vigtigt at redegøre for, hvor stor en andel af befolkningen i Danmark der har mentale helbredsproblemer. Dette er ikke undersøgt til bunds, men kapitel 1 redegør for de danske tal ved at sætte dem ind i en international sammenhæng. Derudover bliver der set på, hvem der typisk får mentale helbredsproblemer, og i hvor høj grad behandlingssystemet tager hånd om de mentale helbredsproblemer. Vi kommer ind på risikoen for tilbagefald, vedvarende sygdom og varige men.

Evidens

Generelt om mentale helbredsproblemer

- Der foreligger endnu ikke et tilstrækkeligt, videnskabeligt grundlag for et pålideligt skøn over den samlede prævalens af alle mentale helbredsproblemer i Danmark
- I de udenlandske undersøgelser er der stor variation i andelen af befolkningen, der har mentale helbredsproblemer, hvilket til dels kan forklares med forskelle i undersøgelsesmetoder. Andelen med mentale helbredsproblemer ligger i de lande, som ligner Danmark mest (de europæiske lande), skønsmæssigt mellem 12 og 27 % af den voksne befolkning, som har mindst én mental lidelse inden for en periode på ét år. De hyppigste mentale helbredsproblemer er: (1) depression, som har en skønsmæssig prævalens på omtrent 7 %, (2) angsttilstande med en skønsmæssig prævalens på mellem

6 og 12 % og (3) somatoforme lidelser med en prævalens på omtrent 6 %. Betydelige andele heraf har comorbide tilstande.

- Det er personer med de mest alvorlige lidelser, som oftest kommer i behandling. Der er imidlertid stærk evidens for, at kun omtrent halvdelen af personer med alvorlige mentale lidelser modtager behandling i de vestlige lande, og det formodes, at en endnu mindre andel har modtaget en behandling i overensstemmelse med etablerede guidelines for effektiv behandling.
- Der er moderat evidens for, at en stor del af de personer, der modtager behandling for mentale helbredsproblemer, ikke opfylder de diagnostiske kriterier og dermed ikke har en egentlig psykisk lidelse. Der er indikation for, at de ressourcer, der er til rådighed til behandling af mentale helbredsproblemer, ikke dækker de personer, der har de mest alvorlige problemer og det største behov.
- Der er stærk evidens for, at underbehandlingen især rammer unge, unge uden uddannelse og personer uden arbejde. Mænd har større risiko end kvinder for at blive underbehandlet, og risikoen er større, jo yngre manden er.

Om depression

- I Danmark er andelen af befolkningen, der har depression, skønsmæssigt 10 %, hvis man medregner både alvorlige, moderate og lette tilfælde. Andelen ser ud til at være konstant fra 1999 til 2003 med en efterfølgende stigning efter 2003. Anvendelsen af forskellige målemetoder i forskellige undersøgelser gør det dog vanskeligt at sætte et entydigt tal på andelen af befolkningen i Danmark, der lider af depression.
- Andelen med mentale helbredsproblemer blandt kvinder er større end blandt mænd.
- Der er stærk evidens for betydelige socioøkonomiske forskelle i prævalensen af depression, som generelt for alle lande er størst i de laveste sociale lag og blandt ikke-beskæftigede.
- Internationale befolkningsundersøgelser viser, at en depressiv periode i gennemsnit varer tre måneder, at 50 % af de undersøgte har opnået helbredelse (recovery) efter tre måneder, 63 % inden for seks måneder og 76 % inden for tolv måneder. Næsten 20 % har ikke opnået helbredelse efter 24 måneder. I tilbagevendende tilfælde vil der typisk være tale om alvorligere grader af depression.
- Der er større risiko for, at den depressive periode varer længere, hvis personen tillige har en fysisk sygdom, lav social støtte og to eller flere alvorlige livsbegivenheder bag sig.

Om stress

- Der er indikation for en stigning i andelen med lettere mentale helbredsproblemer i form af stress i Danmark. 8,7 % af befolkningen angav i 2005, at de ofte føler sig stresset i dagligdagen. Dette er 1,5 gange så mange som i 1987. Vi ved ikke, om der er tale om en reel stigning, eller om en del af stigningen kan forklares ved, at man i befolkningen i højere grad er blevet opmærksom på forskellige stress-symptomer.

Om comorbiditet

- Der er en høj grad af comorbiditet, dvs. at personer med en psykisk lidelse ofte også har andre psykiske lidelser eller somatiske symptomer eller sygdomme.

Om somatoforme lidelser, belastningsforstyrrelser, angst, udbændthed, PTSD

- Der foreligger endnu ikke tilstrækkeligt med videnskabelige undersøgelser til at foretage pålidelige skøn over udbredelsen af disse mentale helbredsproblemer i Danmark.

Kapitel 2. Arbejdsevne. Hvordan påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen?

Mentale helbredsproblemer ledsages ofte af reduktioner i funktions- og arbejdsevne. Nedsat arbejdsevne kan komme til udtryk i tre former: nedsat produktivitet i arbejdet, sygefravær eller tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Sådanne følgevirkninger har enorme samfundsmæssige og personlige omkostninger. I dette kapitel gennemgås studier af, hvordan mentale helbredsproblemer påvirker arbejdsevnen. Ligeledes redegøres for sammenhængen mellem sygefravær og mentale helbredsproblemer, da det er vigtigt at finde ud af, om helbredet reelt forbedres af sygefravær og hermed gør medarbejderen i stand til at vende tilbage til arbejdspladsen.

Evidens vedr. arbejdsevne

Generelt om mentale helbredsproblemer

- Der er moderat evidens for, at personer med mentale helbredsproblemer oplever større reduceret individuel produktivitet end personer med somatiske sygdomme.
- Nedsættelsen af produktiviteten er skønsmæssigt mellem 9 og 25 % i forhold til det "normale" funktionsniveau.

Om comorbiditet

- Der er moderat evidens for, at comorbide lidelser (personer med samtidige somatiske og mentale helbredsproblemer) er forbundet med den største relative reduktion i produktivitet.

Om depression og angst

- Der er indikation for, at depression og angstlidelser er stærkere associeret med reduceret individuel produktivitet end med regulært sygefravær.

Der er indikation for, at medarbejdere med dystyni (mild kronisk depression) oplever en lidt mindre produktivitetsnedsættelse, der svinger mellem 6 og 10 %, sammenlignet med andre mentale helbredsproblemer.

- Der er moderat evidens for, at depression påvirker produktiviteten i arbejdet mere i visse typer af job end i andre. Depressive ansatte har relativt større produktivitetstab i udførelsen af opgaver, der kræver relativt meget tankevirksomhed og samarbejde med andre (interpersonelle opgaver) samt styring af eget tidsforbrug.
- Der er stærk evidens for, at depressionens negative effekt på individuel produktivitet hænger sammen med symptomernes sværhedsgrad. Produktiviteten i arbejdet genvindes i takt med, at den depressive ansattes tilstand forbedres. Således betyder en svær depression ikke varig funktionsnedsættelse. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at den fulde funktionsevne ved depression for en del personers vedkommende først vender tilbage et stykke tid efter, at symptomerne er lettet.

Evidens vedr. sygefravær og førtidigt arbejdsophør

Om alle mentale helbredsproblemer

- Der er stærk evidens for, at kvinder har hyppigere sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer end mænd. Der er indikation for, at mænd har lidt længere sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer end kvinder.
- Der er indikation for, at arbejdsbelastninger i form af høje krav, lav jobkontrol og manglende social støtte medfører en forøget risiko for sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.
- Der er moderat evidens for, at kombinationen mellem arbejds- og familiemæssige belastninger medfører en forøget risiko for sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.
- Der er stærk evidens for, at mentale helbredsproblemer forøger risikoen for langvarigt sygefravær, og der er indikation for, at der er en stigende hyppighed af sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.

- Der er indikation for, at mentale helbredsproblemer over tid spiller en stigende rolle for førtidigt arbejdsophør (ved tilkendelse af førtidspension).
- Der er stærk evidens for, at personer med mentale helbredsproblemer, der får tilkendt førtidspension, i dag er yngre end tidligere. Blandt yngre personer er andelen, der får tilkendt førtidspension på grund af mentale diagnoser, større end blandt ældre.
- Der er stærk evidens for, at personer med længere sygefravær har forøget risiko for førtidigt arbejdsophør. Der er dog ikke tilstrækkelig viden om, hvorvidt langvarigt sygemeldte med mentale helbredsproblemer hyppigere får tilkendt førtidspension end langvarigt sygemeldte med somatiske sygdomme.
- Der er indikation for, at tilkendelse af førtidspension medfører forringelse af det mentale helbred.
- De samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer estimeres i denne hvidbog til 55 mia. kr. pr. år (2008-niveau).
- Der er stærk evidens for, at de arbejdsrelaterede indirekte omkostninger af mentale helbredsproblemer i form af nedsat produktivitet, sygefravær og førtidigt arbejdsophør har et ganske betydeligt omfang, der langt overstiger de direkte omkostninger til behandling af mentale helbredsproblemer.

Om depression

- Der er stærk evidens for, at depression har sammenhæng med sygefravær. Der er indikation for, at personer med langvarigt sygefravær efterfølgende har en forøget risiko for udvikling af depression.
- Der er stærk evidens for, at depression forøger risikoen for førtidigt arbejdsophør til det dobbelte, når der kontrolleres for køn, alder og somatiske symptomer og sygdomme.

Om depression og comorbiditet

- Der er indikation for, at personer med depressive lidelser også har en forøget risiko for tilkendelse af førtidspension begrundet i andre sygdomme end mentale lidelser.

Om depression, søvnvanskeligheder og træthed

- Der er indikation for, at søvnvanskeligheder og træthed har en selvstændig betydning for sygefravær ud over sammenhængen mellem depression og sygefravær.

Om udbrændthed, søvnvanskeligheder, stress-reaktioner, træthed og angst

- Der er stærk evidens for, at udbrændthed, søvnvanskeligheder, stress-reaktioner og træthed har sammenhæng med sygefravær. Endvidere er der indikation for, at også angst har sammenhæng med sygefravær.

Kapitel 3. Arbejdsmiljø. Hvordan påvirker arbejdet mentale helbredsproblemer?

Dette kapitel redegør for, hvilken sammenhæng der er mellem faktorer i arbejdsmiljøet og udvikling af mentale helbredsproblemer. Relationen mellem arbejde og mentalt helbred er kompliceret, og de forskellige mekanismer kan være vanskelige at udrede og skelne fra hinanden i videnskabelige undersøgelser. Det er dog vigtigt at undersøge disse sammenhænge for at kunne tilbyde arbejdspladsen viden om, hvilke arbejdsmodifikationer man kan foretage for at forebygge en forværring af det mentale helbred.

Evidens

Om alle mentale helbredsproblemer

- Der er indikation for en sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og en række arbejdsmiljøfaktorer såsom lav ledelseskvalitet og oplevet uretfærdighed.
- Der er indikation for, at personer, som tidligere har haft mentale helbredsproblemer, har et arbejde med et dårligere selv vurderet psykisk arbejdsmiljø end personer uden tidligere mentale helbredsproblemer, og at dette kan medvirke til yderligere forværring af det mentale helbred.
- Der er moderat evidens for, at en ubalance mellem arbejdsindsats og belønning i arbejdet har sammenhæng med mentale helbredsproblemer, og at denne sammenhæng er af samme styrke på tværs af jobgrupper.
- Der er stærk evidens for en sammenhæng mellem jobusikkerhed og underbeskæftigelse på den ene side og mentale helbredsproblemer på den anden side.

Om depression

- Der er stærk evidens for en sammenhæng mellem udvikling af depression og høje krav i arbejdet, lav egenkontrol, lav social støtte og mobning samt interpersonelle konflikter. Der er indikation for, at virkningen går begge veje, således at de nævnte påvirkninger i arbejdsmiljøet giver forøget risiko for depression, og at personer med depression omvendt har et dårligere selv vurderet arbejdsmiljø. Det er ikke afklaret, om disse sammenhænge gælder i samme grad for personer med førstegangs-depression, for personer, der tidligere har haft depression, og for personer, der har milde depressive symptomer. Der er kun foretaget én analyse af, hvilken andel af depressioner der kan tilskrives påvirkninger i arbejdsmiljøet hos henholdsvis mænd og kvinder. Den viser, at andelen er 13 % for mænd og 17 % for kvinder. Analysen forudsætter, at der er en årsags-virknings-sammenhæng mellem arbejdsmiljøet og depression.

Kapitel 4. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer. Hvad kan der gøres for at forebygge mentale helbredsproblemer?

Formålet med dette kapitel er at gennemgå den foreliggende viden om interventioner, der kan forebygge mentale helbredsproblemer. I modsætning til behandling af mentale helbredsproblemer er der ingen internationalt gældende retningslinjer for interventioner, der kan forebygge mentale helbredsproblemer. Mentale helbredsproblemers opståen er kompleks, og der er derfor ikke tale om indsatser, som i sig selv kan forhindre mentale helbredsproblemer i at opstå. Snarere er der tale om indsatser, der kan fremme mental sundhed og styrke modstandskraften, og som antageligt kan spille en vigtig rolle i at reducere sygefravær og forbedre arbejdsfastholdelse. Det er således vigtigt at tilbyde viden om, hvordan arbejdspladsen i praksis kan bidrage til at forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer.

Evidens for forebyggelse foretaget på arbejdspladser

Om stress management

- Der er stærk evidens for, at interventioner, der drejer sig om stress management på arbejdspladser, kan forbedre det mentale velbefindende og antageligt forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer. Af de undersøgte metoder er kognitive metoder, der retter sig mod at forbedre deltagernes håndtering af stressreaktioner, de mest effektive til at forbedre mentalt velbefindende. Der er indikation for, at effekten af interventioner, der drejer sig om stress management, er størst for medarbejdere, der har en høj grad af kontrol over deres eget arbejde, og blandt medarbejdere, der har et højt stressniveau før interventionen.

Om sundhedsfremme

- Der er moderat evidens for, at interventioner, der drejer sig om sundhedsfremme på arbejdspladsen, kan reducere symptomer på mentale helbredsproblemer i form af angst og depression. Den samlede effekt må dog betragtes som lille. Da deltagelse i sådanne programmer er frivillig, og andelen af deltagere ofte er begrænset, kan der være usikkerhed om størrelsen af den samlede effekt på arbejdspladsniveau. Der er indikation for, at effekten er størst ved sammensatte programmer, hvor der indgår flere forskellige aktiviteter.

Om forbedring af arbejdsmiljø

- Der er indikation for, at mentale helbredsproblemer kan forebygges gennem interventioner, som går ud på at forbedre arbejdsmiljøet generelt. Der er indikation for, at de interventioner, der medfører udvidelse af medarbejdernes kontrol over eget arbejde, forbedring af den sociale støtte, og som

ikke samtidig fører til forøgede arbejdskrav, kan medføre en vis forbedring af det mentale helbred.

Evidens for forebyggelse i andet regi end arbejdspladsen

Om psykologiske interventioner og depression

- Der er stærk evidens for en effekt af psykologiske interventioner, der har til formål at forebygge nye tilfælde af depression. Det gælder både for personer med høj risiko for udvikling af depression og for personer, der kun har depressive symptomer ("subthreshold depression"), som ikke opfylder de diagnostiske kriterier for depression. Det forudsætter dog, at interventionen er evidensbaseret og anvender metoder, der har en dokumenteret effekt såsom kognitiv adfærdsterapi, interpersonel terapi og psykoedukation.
- Der er indikation for, at interpersonel terapi er mere effektiv end kognitiv behandling og andre undersøgte former for psykoterapi, og at behandling i grupper er mere effektiv end individuel behandling i forhold til at forebygge depression.

Om universel forebyggelse og depression

- Der er ikke evidens for universel forebyggelse af depression, dvs. forebyggende interventioner, der er målrettet alle i en population. Der er derimod stærk evidens for selektiv forebyggelse rettet mod personer med bestemte risikofaktorer for depression og indikeret forebyggelse for personer med symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier for egentlig depression.

Kapitel 5. TTA-interventioner. Hvad kan man gøre for at få personer med mentale helbredsproblemer til at blive i beskæftigelse?

Formålet med dette kapitel er at redegøre for, hvilke interventioner der er effektive til at forebygge sygefravær og arbejdsophør samt til at forbedre arbejdsenvnen. Tre hovedspørgsmål besvares i kapitlet: (a) Har behandlingsindsatser, der reducerer mentale helbredsproblemer, effekt? Her er det udelukkende interventioner, hvor formålet er behandling af de mentale helbredsproblemer, og hvor de primære udfald er det mentale helbred og de sekundære udfald er arbejdsmæssige (b) Hvilke TTA-interventioner for sygemeldte kan reducere sygefravær og/eller arbejdsophør? Her er det udelukkende indsatser, der fokuserer på at få sygemeldte tilbage i arbejde igen, og hvor de primære udfald er arbejdsmæssige, mens de sekundære er det mentale helbred, og (c) Kan viden fra litteraturen om muskel- og skeletbesvær overføres til personer med

mentale helbredsproblemer? Alle tre punkter belyser metoder, som arbejdspladsen kan bruge til at forebygge langvarigt sygefravær uden at forværre det mentale helbred.

Evidens for behandlingsindsatsers effekt

Om interventioner, der koordinerer behandlingsindsatsen

- Der er stærk evidens for, at koordinerede og sammensatte interventioner, der har til formål at forbedre behandlingen af angst og depression, har en effekt på arbejdsfastholdelsen (5-15 procentpoint), når der sammenlignes med sædvanlig behandling.
- Der er indikation for, at koordinerede og sammensatte interventioner kan nedsætte sygefraværet (3-9 procentpoint) og forbedre arbejdssevnen (6 procentpoint), når der sammenlignes med sædvanlig behandling. Arbejdssevnen er defineret som selvrapporteret produktivitet.
- Der er stærk evidens for, at koordinerede og sammensatte indsatser forbedrer den mentale helbredstilstand, når der sammenlignes med kontrolgruppen.

Om enkeltstrengede psykologiske interventioner

- Der er indikation for, at psykologiske interventioner kan forbedre de mentale helbredsproblemer, men der er ikke evidens for, at psykologiske interventioner kan forebygge sygefravær eller arbejdsophør.
- Der er indikation for, at psykologisk behandling af angst og depression kan forbedre arbejdssevnen hos medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Arbejdssevnen er defineret ud fra "Work Ability Index".

Om enkeltstrengede arbejdsmedicinske interventioner

- Der er indikation for, at en struktureret arbejdsmedicinsk intervention kan forkorte sygefraværet, forebygge førtidigt arbejdsophør og reducere symptomer på udbrændthed, sammenlignet med kontrolgruppen.

Om organisatoriske interventioner

- Der foreligger endnu ikke tilstrækkeligt mange studier til at vurdere effekten af interventioner foretaget på organisatorisk niveau.

Evidens for TTA-interventioner for sygemeldte

Om sammensatte og koordinerede interventioner

- Der er indikation for, at TTA-interventioner gennemført af fagpersoner med ekspertise inden for arbejdsmiljø og arbejdsmarkedsforhold med fokus på både person- og arbejdsrelaterede faktorer reducerer sygefraværslængden hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Inddragelse af professionelle med viden inden for arbejdsmiljø og arbejdsmarkedet har den fordel,

at arbejdsrelaterede belastninger og stress-reaktioner på arbejdspladsen direkte kan adresseres og håndteres. Der er ikke evidens for, at de mentale helbredsproblemer bliver forværret eller forbedret som følge af interventionen, når der sammenlignes med sædvanlig behandling.

- Der er indikation for, at effekten af TTA-interventioner kun har effekt på varig tilbagevenden til arbejde hos de medarbejdere, der ved sygemeldingen har til hensigt at vende tilbage til arbejde igen før fuldstændig symptomletelse.

Om enkeltstrengede psykologiske interventioner

- Der er ikke evidens for, at TTA-interventioner, der fokuserer på den sygemeldtes kognition og håndteringsstrategier og kun i beskedent omfang adresserer arbejdsrelaterede forhold, nedbringer sygefraværet hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Den manglende effekt kan skyldes det mindre fokus på tilbagevenden til arbejde og arbejdsrelaterede forhold. Der er indikation for, at interventionerne kan forbedre symptomerne sammenlignet med sædvanlig behandling.
- Der er ikke evidens for, at informerende/ minimale TTA-interventioner kan forkorte sygefraværet.
- Der er ikke evidens for, at korte samtalsessioner med den praktiserende læge reducerer sygefraværet.

Generelle bemærkninger

- En række af studierne finder, at nedsættelsen af funktionsevnen og dermed arbejdsevnen hos nogle personer med mentale helbredsproblemer fortsætter i længere tid selv efter symptomletelse. Det tager således relativt lang tid at genvinde fuld vitalitet og funktionsevne. Det er derfor vigtigt, at både arbejdspladsen og personen, der har været sygemeldt, er opmærksomme på, at der kan være behov for tilpasninger af arbejdet i det første stykke tid efter, at personen er vendt tilbage til arbejde. Det er vigtigt at være opmærksom på, at de gennemgåede studier adskiller sig fra hinanden på en række væsentlige punkter. Desuden må der tages forbehold for at overføre resultaterne ukritisk til danske forhold, da ingen af studierne er gennemført i Danmark.

Kan viden fra forskningen i muskel- og skeletbesvær overføres til danske forhold?

Der er ligheder i forhold til:

- Hvilke TTA-indsatser der er effektive.
- Hvilke muligheder og barrierer for tilbagevenden til arbejde man skal være opmærksom på.

Der er forskelle, som har relevans for processen omkring tilbagevenden til arbejde:

- Personer med mentale helbredsproblemer bliver i højere grad udsat for stigmatisering end personer med muskel- og skeletbesvær.
- Personer med mentale helbredsproblemer har i højere grad problemer med kognitive og sociale funktioner samt energiniveauet.
- Årsagsmekanismernes og de nødvendige arbejdstilpasningers, når det gælder mentale helbredsproblemer, er mere komplekse end ved muskel- og skeletbesvær.

Om effekt af TTA-interventioner

- Der er igangværende projekter i Holland og Danmark, der afprøver effekten af TTA-interventioner på medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Interventionerne er udviklet på baggrund af velafprøvede og effektive modeller for tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med muskel- og skeletbesvær, og interventionerne er tilpasset de vigtige forskelle mellem de to typer helbredsproblemer.

Kapitel 6. Faktorer og aktører i TTA-processen. Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der for tilbagevenden til arbejde for personer med mentale helbredsproblemer?

Det er vigtigt at erkende, at der er en lang række faktorer, der kan have betydning for, om og hvor hurtigt personer vender tilbage til arbejde efter sygefravær. Tages der ikke højde for disse faktorer i det samlede billede af mentalt helbred og sygefravær, kan vigtig viden gå tabt. I dette kapitel gennemgås, hvilke faktorer der henholdsvis fremmer og hæmmer tilbagevenden til arbejde og fastholdelse af medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Der ses på sammenhængen mellem fire primære aktører i et TTA-forløb, nemlig den sygemeldte selv, arbejdspladsen, sundhedssystemet og det sociale system.

Evidens

Om fremmende og hæmmende faktorer hos den sygemeldte

- Der er indikation for, at personrelaterede faktorer har betydning for udfaldet af sygefraværsforløbet. Dette kan være den sygemeldtes selvtillid og selvværd, copingstrategier, motivation for og forventninger til tilbagevenden til arbejde samt forståelsen af eget helbredsproblem.
- Der er indikation for, at personer med restsymptomer, og som stadig har reduceret funktionsevne, har vanskeligere ved at vende tilbage til arbejde end personer uden disse problemer.

Om fremmende og hæmmende faktorer på arbejdspladsen

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

Om fremmende og hæmmende faktorer i sundhedssystemet

- Der er indikation for, at tidlig og passende behandling af de mentale helbredsproblemer samt en forbedret vejledning fra sundhedssystemet til arbejdspladserne om de rette arbejdsbetingelser og arbejdsmodifikationer kan fremme tilbagevenden til arbejde.
- Der er indikation for, at ventetider til undersøgelse og behandling samt dårlig kommunikation mellem forskellige dele af sundhedssystemet hæmmer tilbagevenden til arbejde.

Om fremmende og hæmmende faktorer i det sociale system

- Der er indikation for, at høj grad af kompensation for løn under sygefravær og gode økonomiske betingelser for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet hæmmer tilbagevenden til arbejde i lettere grad.

Om koordinering imellem de fire primære aktører

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

Kapitel 7. Danske TTA-indsatser. Hvad kendetegner indsatserne for tilbagevenden til arbejde i Danmark?

Der er endnu kun publiceret få undersøgelser i videnskabelige tidsskrifter om danske TTA-indsatser, der har undersøgt effekt på sygefravær og arbejdsfastholdelse for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Disse undersøgelser er ikke tilstrækkelige i antal og design til, at man kan sammenfatte nogen sikker evidens. De enkelte undersøgelser, der er publiceret i videnskabelige tidsskrifter, er derfor gennemgået sammen med undersøgelser fra gråzonelitteraturen. Hermed sammenfattes, hvad der karakteriserer TTA-indsatsen i Danmark, og hvorvidt viden fra udenlandske studier kan bruges i en dansk kontekst.

Best practice

- Det er endnu for tidligt at konkludere, om erfaringer fra udenlandske interventioner kan overføres til danske forhold. Indtil videre må viden fra udenlandske studier bruges som retningsgivende, suppleret med, hvad evalueringen af danske projekter giver af viden om "best practice" i en dansk kontekst.

Best practice for TTA-indsatser med sygemeldte

- Der foretages koordinering af indsatserne fra behandlere, arbejdsgivere og kommunale myndigheder samt involvering af alle aktører i TTA-processen.
- Der er mulighed for arbejdspladsmodifikationer.
- Der er tidlig kontakt til arbejdspladsen under sygefraværet.
- Der foretages tidlig opsporing af afgrænsede og diagnosticerbare psykiske lidelser.
- Der er adgang til evidensbaseret behandling (dvs. adgang til både medicin og psykologbehandling og specialiseret behandling ved bestemte psykiske lidelser).
- Fagprofessionelle med kendskab til arbejdsmiljø og arbejdsmarkedsforhold involveres.

Best practice for implementering af TTA-indsatser med sygemeldte

- Der foretages udvikling og afprøvning af forskellige TTA-metoder og -modeller, der er videns-/evidensbaserede. Der gøres brug af erfaringer fra andre lande, der har afprøvet sådanne modeller i længere tid.
- Der uddannes eksperter i TTA-indsatser som i Holland.
- Der udvikles og afprøves opkvalificering af virksomheders viden, og der afprøves personalepolitikker om sygemeldinger som følge af mentale helbredsproblemer.

- Der gives mulighed for rådgivning til små og mellemstore virksomheder med henblik på TTA-indsatser.

Kendetegn ved den danske TTA-indsats

Indsatser

- De fleste TTA-indsatser er foretaget i kommunalt regi med støtte fra forskningsfonde. De fleste TTA-indsatser har en praktisk tilgang udsprunget af behovet for erfaringsbaseret viden.
- TTA-indsatsen består overvejende af flerstrengede interventioner med eller uden koordinering. Flere af de flerstrengede interventioner med koordinering kan sammenlignes med tilsvarende interventioner i udlandet. Disse involverer interventioner rettet mod den sygemeldtes arbejdsplads og en tværfaglig udredning af sygemeldtes mentale helbredsproblemer. Der afventes resultater fra to større danske projekter, hvoraf det ene er et randomiseret, kontrolleret studie, og det andet anvender en kontrolgruppe. Begge undersøger større populationer.
- Flere af de flerstrengede interventioner uden koordinering omfatter undervisning i håndtering af psykiske og somatiske problemer i kombination med forskellige helbredsmæssige indsatser og aktiviteter rettet mod den sygemeldtes arbejdsplads.
- Flere undersøgelser, der evaluerer effekten af både enkeltstrengede og flerstrengede interventioner for rehabilitering af medarbejdere med stress, viser, at interventionerne kan reducere symptomer på stress. Der afventes flere resultater om effekten på sygefraværet.
- En del enkeltstrengede interventioner omfatter undervisning i mentale helbredsproblemer med henblik på at forbedre medarbejderes evne til at håndtere deres helbredsproblemer og fremme tilbagevenden til arbejde. Sådanne interventioner er næppe tilstrækkelige i sig selv til at påvirke sygefraværet. Men det må forventes, at en øget viden om psykiske lidelser er et vigtigt led i en samlet indsats, der kan føre til en mere succesfuld rehabilitering af medarbejdere med mentale helbredsproblemer.
- Enkelte interventioner går ud på at opkvalificere det personale, der håndterer sygemeldte med mentale helbredsproblemer, eller indfører mentorordninger på arbejdspladsen.

Dokumentation af indsatser

- Indsatserne er typisk beskrevet i interne rapporter og referater, som ikke er udarbejdet med det formål at blive publiceret i videnskabelig sammenhæng.
- Kun få af disse TTA-indsatser har så tilfredsstillende projektbeskrivelser, forskningsdesign og evalueringer, at der kan konkluderes noget sikkert om effekten af interventionerne på sygefraværet og arbejdsfastholdelsen.

- Erfaringer fra danske TTA-interventioner er for det meste udokumenterede og derfor svært tilgængelige for andre, der gerne vil foretage lignende interventioner.

Forslag til forbedringer af dokumentationen af indsatsen

- Bedre design af indsatserne (så vidt muligt med brug af kontrol- eller referencegrupper og gerne randomiserede kontrollerede design).
- Kommuner bør have rådgivning og vejledning til evaluering allerede ved projektudformningen fx i samarbejde med forskningsinstitutioner.
- Der bør gøres mere brug af kvantitative effektevalueringer, og der bør ske opfølgning minimum et år efter indsatsens afslutning.
- Det anbefales, at der udarbejdes en standard for, hvordan indsatserne evalueres, og der anbefales et større samarbejde med praktikere og forskningsinstitutioner.

Diskussion af TTA-interventioner

Der er endnu ikke i Danmark gennemført en systematisk og dokumenteret indsats for at forbedre tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Vi har gennemgået den tilgængelige viden fra den internationale forskning og skabt et overblik over de forsøg, der er ved at blive gennemført i Danmark. På grundlag heraf har vi opstillet en række anbefalinger, som efter vores opfattelse er det fagligt set bedste bud på, hvad der kan gøres for at forbedre den fremtidige indsats.

Interventioner med henblik på tilbagevenden til arbejde er som oftest sammensatte eller komplekse interventioner (Craig et al. 2006¹; Craig et al. 2008²). Interventionerne kan være sammensatte/komplekse på flere forskellige måder.

For det første er der en række målsætninger, der hænger indbyrdes sammen:

- Forebyggelse af opståen, genopståen og forværring af mentale helbredsproblemer.
- Forebyggelse af reduktion af arbejdsevnen for personer med mentale helbredsproblemer.
- Forebyggelse af langtidssygefravær.

¹ Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I & Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Medical Research Council 2006.

² Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I & Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008;337:a165 5.

- Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet af personer, der er langtidssygemeldte.

For det andet er der flere forskellige målgrupper for interventionerne, med forskellige kendetegn: sværhedsgraden af de mentale helbredsproblemer, hvorvidt personerne er sygefraværende eller fortsat går på arbejde (eventuelt med nedsat funktionsevne), hvorvidt personerne er afskediget, er arbejdssøgende eller førtidspensioneret.

For det tredje kræver interventionerne deltagelse og medvirken fra forskellige aktører: den sygemeldte, arbejdspladsen, jobcentret og professionelle i sundhedssektoren, som hver yder deres bidrag til at opnå resultater.

Da mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde er et relativt nyt forskningsområde, findes der ikke færdigt udviklede interventionsformer med dokumenteret effekt. Udforskningen af interventionernes effekt befinder sig klart i en udviklingsfase. Som beskrevet i hvidbogens kapitel 4 og 5 er nogle af de afprøvede interventioner effektive i forhold til nogle af de ønskede resultater, mens der for andre ikke er påvist nogen effekt. I en sådan situation må man ud fra det samlede billede af effektive og ikke-effektive interventioner analysere, hvilke komponenter der bidrager til at opnå de ønskede resultater. I de tilfælde, hvor man observerer en manglende effekt af en intervention, er der enten tale om (1) en implementeringsfejl, dvs. at interventionen ikke er blevet gennemført efter intentionen, eller (2) en ineffektiv metode, der ikke er tilstrækkelig til at skabe ændringer, der fører til de ønskede resultater.

Der forestår et stort udviklingsarbejde med TTA-interventioner. Dette udviklingsarbejde skal helst bygge på en god teoretisk forståelse af mentale helbredsproblemer, sygefravær og tilbagevenden til arbejde.

Ud over at det er vigtigt at finde frem til, hvilke interventioner og komponenter i interventionerne der er effektive, er det nyttigt at finde ud af, hvilke mekanismer der er virksomme og medfører resultaterne. Denne forskning er kun i sin vorden, og der er brug for flere studier af både effektivitet og virkningsmekanismer (Lundh 2009³). Man kan således stille to overordnede forskningsmæssige spørgsmål om virkemidler og virkningsmekanismer.

For det første kan man spørge om, hvilke komponenter i interventionen der gør den effektiv. Man kan skelne mellem faktorer, der er fælles for flere forskellige interventionsformer, fx gode samarbejdsrelationer mellem den

³ Lundh LG. What Makes Therapy Work? A Multifaceted Question. *Cognitive Behaviour Therapy* 2009; 38(S1):3-7.

sygemeldte og de aktører, der har et ansvar i relation til TTA-processen, og specifikke faktorer forbundet med specifikke interventionskomponenter, fx bestemte ændringer i arbejdsopgaverne ved tilbagevenden til arbejde.

For det andet kan man spørge om, hvilke mekanismer, de aktive komponenter virker igennem og derved skaber positive effekter. Det kan fx være (a) øget viden hos ledere, der gør dem bedre i stand til at foretage relevante ændringer i arbejdsopgaver, (b) reducerede krav i de modificerede arbejdsopgaver, der gør personen bedre i stand til at varetage arbejdet, (c) ændrede holdninger hos kollegaer, der får dem til at handle mere imødekomende over for den kollega, der vender tilbage til arbejde, (d) mindre ængstelse for, at det kan være skadeligt at vende tidligt tilbage til arbejde, eller (e) bedre mestringsfærdigheder til at tackle problemsituationer i forbindelse med tilbagevenden til arbejde.

I kapitel 3 har vi foretaget et skøn over de samlede samfundsøkonomiske omkostninger som følge af mentale helbredsproblemer. Vi når frem til skøn over direkte og indirekte omkostninger på omtrent 55 mia. kr. pr. år, som skyldes udgifter forbundet med langvarigt sygefravær, nedsat produktivitet og førtidigt arbejdsophør (fx førtidspensionering). Derudover er der negative individuelle konsekvenser i form af reduceret livskvalitet, som ikke på samme måde kan gøres op i penge.

Der er således mange motiver for at udvikle interventioner, der kan reducere omkostninger og forebygge de negative konsekvenser af mentale helbredsproblemer. I denne hvidbog har vi opstillet en række anbefalinger til, hvorledes sådanne interventioner kan udformes.

Afgørende for, at sådanne interventioner kan blive effektive og udbredte, er, at de kan gøres omkostningseffektive, således at gevinsterne bliver større end omkostningerne ved interventioner på længere sigt. Hvis en bestemt interventionsform medfører forøgede nettoudgifter, fx for arbejdsgiverne, vil det næppe være sandsynligt, at denne intervention vil blive udbredt og få samfundsmaessig betydning.

Der er hidtil kun i meget begrænset omfang foretaget analyser af omkostningseffektiviteten af de interventionstyper, som hvidbogen beskæftiger sig med. Vi har ikke foretaget review af de studier, der findes, da der er for få, og da de er for forskellige. Her skal kun nævnes ét studie, hvor der i forbindelse med effektevalueringen er foretaget en økonomisk evaluering (Van Oostrom et al. 2010⁴). Dette studie viste ikke nogen samlet effekt af arbejdsmodifikation for hele interventionsgruppen, men der blev fundet en effekt for den gruppe

af medarbejdere, der fra starten havde til hensigt at vende tilbage til arbejde før fuldstændig symptomlettelse. En cost-benefit-analyse for denne subgruppe viste en økonomisk gevinst ved interventionen.

Behov for mere viden/forskning

Hvidbogens gennemgang af den eksisterende viden viser, at der på nogle områder findes viden, der kan danne baggrund for anbefalinger vedr. praktisk forebyggelse af sygefravær og fremme af effektiv tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse for personer med mentale helbredsproblemer. Den eksisterende viden er imidlertid på en række områder utilstrækkelig, og der er fortsat et stort behov for mere viden og forskning på området. I det følgende fremhæves de væsentligste huller i den eksisterende viden. Helt overordnet omhandler den eksisterende viden overvejende depression, og i forhold til alle de områder, der i det følgende fremhæves, er der stort behov for mere viden om angstlidelser og funktionelle/somatoforme tilstande, som i udenlandske undersøgelser synes at forekomme omtrent lige så hyppigt som depressioner.

Mentale helbredsproblemers udbredelse og konsekvenser i forhold til sygefravær og arbejdsmarkedstilknnytning i Danmark

Der findes nogen, men fortsat utilstrækkelig, viden om de samfundsøkonomiske konsekvenser af mentale helbredsproblemer, herunder viden om, hvor stor en andel af sygefraværet og tilbagetrækningen fra arbejdsmarkedet der er begrundet i forskellige typer af mentale helbredsproblemer, og viden om størrelsen af det produktionstab, der er forbundet med, at personer med nedsat funktionsevne på grund af mentale helbredsproblemer forbliver i arbejdet. Herunder mangler der viden om, i hvilken udstrækning langvarigt sygemeldte med mentale helbredsproblemer hyppigere bliver afskediget fra deres arbejdsplads sammenlignet med sygemeldte af andre (somatiske) årsager.

Betydning af behandling for arbejdsmarkedstilknnytning og arbejdsmarkedstilknytningens betydning for prognosen

Nogle undersøgelser tyder på, at et relativt stort antal personer i arbejde har et potentielt behandlingskrævende mentalt helbredsproblem, der ikke er diagnosticeret og forbliver ubehandlet. Disse personer fungerer generelt dårligere i arbejdet. Der mangler viden om, i hvor høj grad utilstrækkelig eller slet ingen behandling af disse personer på længere sigt fører til langvarigt

⁴ Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, De Vet HCW, Knol DL & Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. I: van Oostrom SH, red. Return to work for employees with distress 2010. s. 155-72.

sygefravær, mere permanent funktionsnedsættelse og arbejdsophør. På nogle områder er behandlingsindsatsen i dag så sparsom, at den næsten er ikke-eksisterende (fx funktionelle/somatoforme tilstande), hvorfor det må formodes, at selv en beskeden øgning af behandlingsindsatsen vil kunne medføre en betydelig forbedring af de ramte personers arbejdsmarkedstilknæytning.

Praktiske erfaringer tyder på, at tilknytningen til arbejdsmarkedet kan medvirke til, at personer med mentale helbredsproblemer hurtigere genvinder funktionsevnen, men der mangler mere sikker viden om sammenhængen mellem arbejdspladstilknæytningen og prognosen for mentale helbredsproblemer. Herunder mangler der viden om, hvordan gradvis tilbagevenden til arbejde sammenlignet med langvarigt sygefravær påvirker den sygemeldtes mentale helbred og funktionsevne over længere tid, og hvordan førtidigt arbejdsophør (fx førtidspension) påvirker det mentale helbred og funktionsevnen.

Virksomhedernes praktiske forebyggelse af sygefravær for personer med mentale helbredsproblemer

For at kunne udvikle praktiske redskaber til virksomhedernes forebyggende indsats er der behov for mere viden om grundlæggende sammenhænge mellem arbejdsmiljøfaktorer og forskellige typer af mentale helbredsproblemer (depression, angstlidelser og funktionelle/somatoforme tilstande). Der er behov for mere viden om, hvilke forhold der påvirker styrken af sammenhængene mellem forskellige arbejdsmiljøfaktorer og sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer. Denne viden bør være specifik i forhold til forskellige jobgrupper, socialgrupper eller svage grupper. Meget tyder fx på, at der må skelnes mellem personer, som (1) aldrig har haft mentale helbredsproblemer, (2) tidligere har haft mentale helbredsproblemer, og som derfor har en forøget risiko for senere at udvikle sådanne problemer og (3) personer, der har mindre mentale helbredsproblemer.

Overordnet er der også behov for viden om, hvor stor en andel af sygefraværet som følge af mentale helbredsproblemer der kan tilskrives forhold i arbejdet (den ætiologiske fraktion). Herved kan der opnås et overordnet mål for, hvor stor samlet effekt arbejdsmiljøforbedrende indsatser på virksomhederne teoretisk kan have i forhold til at forebygge sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer. Dette bør ligeledes nuanceres i forhold til forskellige jobgrupper og svage grupper på arbejdsmarkedet.

Der er behov for mere viden om, hvad der i praksis virker og hvorfor. Der er behov for viden om, i hvor høj grad sygefravær og arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer kan forebygges ved hjælp af interventioner rettet

mod forbedring af det psykiske arbejdsmiljø, fx ved øget indflydelse og social støtte, øget vægt på anerkendelse og forbedret ledelseskvalitet. Ingen af de interventionsstudier, der er gennemgået i hvidbogen, omfatter målinger af mentale helbredseffekter, der kan vurderes i forhold til diagnose af mentale helbredsproblemer. Der er behov for viden om, i hvilken udstrækning den forbedring i generel trivsel og mentalt helbred, der kan opnås gennem interventioner på arbejdspladsen, tillige kan forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer og dermed forebygge langvarigt sygefravær og arbejdsophør.

Endelig mangler der viden om, hvorvidt en tidlig indsats mod stress og udbrændthed også bidrager til at forebygge langtidssygefravær og arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer, og om en aktiv virksomhedskultur, der tidligt sætter ind, når en medarbejder viser tegn på stress og udbrændthed, også forbedrer tilbagevenden til arbejde efter længerevarende sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.

Virksomhedernes fremme af tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse for personer med mentale helbredsproblemer

For bedre at kunne tilrettelægge en effektiv og varig tilbagevenden til arbejde er der behov for viden om, hvorfor medarbejdere med mentale helbredsproblemer relativt hyppigt forlader den arbejdsplads, de arbejdede på før sygemeldingen, men relativt hyppigt vender tilbage til arbejde hos en anden arbejdsgiver.

Der er en formodning om, at en gradvis optrapning af arbejdsopgaverne kan bidrage til forbedring af funktionsevnen hos personer med mentale helbredsproblemer, der er vendt tilbage til arbejde, men der mangler praktisk viden om, hvordan en sådan arbejdsmodifikation skal tilrettelægges i forhold til forskellige typer af mentale helbredsproblemer og i forhold til fx forskellige jobgrupper og svage grupper på arbejdsmarkedet.

Relationer til nærmeste leder og kollegaer har givetvis stor betydning for en succesfuld tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse. Men der mangler viden om, hvordan disse sociale relationer kan hæmme henholdsvis fremme et TTA-forløb, og hvordan de sociale relationer i praksis bedst kan påvirkes i en gunstig retning. Herunder er der behov for viden om, i hvor høj grad og hvornår en egentlig målrettet social reintegrationsindsats af den sygemeldte med mentale helbredsproblemer – fx gennem etablering af en mentorordning eller konfliktmediation – kan forbedre tilbagevenden til arbejde.

De bedste resultater, der især er opnået i udenlandske undersøgelser, bygger på flerstrengede interventioner, der kombinerer arbejdspladsmodifikationer med behandling af mentale helbredsproblemer. Men der mangler praktisk viden om, hvordan sådanne flerstrengede interventioner i praksis skal tilrettelægges og gennemføres, herunder om psykoterapeutiske interventioner, der sigter mod at forebygge tilbagefald af de mentale helbredsproblemer, kan forbedre tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse.

Det synes klart, at effektiv tilbagevenden til arbejdet ikke alene er et anliggende for arbejdspladsen, men kræver et effektivt samarbejde mellem den sygemeldte, arbejdspladsen, sundhedssystemet og det sociale system. Der mangler fortsat viden om, hvordan samarbejdet mellem de centrale aktører kan gøres bedre. Helt centralt er den sygemeldtes aktive deltagelse i TTA-forløbet, men der mangler viden om, hvordan den sygemeldte oplever mulighederne og barriererne for en aktiv medvirken på hhv. arbejdspladsen, i sundhedssystemet og i det sociale system.

Indledning

Indhold

Baggrund	45
Årsager til den øgede forskningsinteresse i mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde.....	46
Niveauer af evidens.....	48
Mentale helbredsproblemer.....	49
Hvad er mentalt helbred?	49
Hvad kaldes de forskellige mentale helbredsproblemer?.....	52
Mentale helbredsproblemer der medtages i hvidbogen	53
Teoretiske modeller.....	63
Stress-sårbarheds-model	63
Forskellig modtagelighedsmodel	64
Stress-sensitivering	65
Stress Generation Model	66
Referencer	69

Baggrund

I de seneste år har der i Danmark og de vestlige lande været en stigende interesse for betydningen af mentale helbredsproblemer for sygefravær og førtidigt arbejdsophør. Mentale helbredsproblemer er forbundet med alvorlige konsekvenser for både de personer, der oplever stress eller psykiske lidelser såsom depression og angst, og for samfundet som helhed. De berørte personer oplever gerne alvorlige forringelser af deres livskvalitet og indskrænkninger i deres livsfunktioner i privatlivet, arbejdslivet og samfundslivet i øvrigt. For samfundet er de økonomiske konsekvenser forbundet med langvarigt sygefravær og udstødelse fra arbejdsmarkedet ganske betydelige. Ifølge beregninger foretaget af Psykiatrifonden beløber de samlede direkte og indirekte omkostninger i forbindelse med mentale helbredsproblemer sig årligt til ca. 30 mia. kr. <http://www.psykiatrifonden.dk/Forside/Psykiske+sygdomme>.

Der foreligger megen praktisk viden om disse problemer, en viden, der ofte er forekommet som rene selvfølgeligheder. Til trods herfor har det ikke været muligt at løse de store problemer, der findes. Der har således været store huller i den praktiske viden. Der har været usikkerhed om omfanget af mentale helbredsproblemer, og om forekomsten er stigende eller faldende over tid. Man har heller ikke vidst, hvor meget mentale helbredsproblemer betyder for sygefraværet, og om betydningen er større eller mindre end sygefravær i forbindelse med somatiske helbredsproblemer. Man har nok været klar over, at psykiske lidelser spiller en stigende rolle for udstødelse fra arbejdsmarkedet. Det har man tydeligt kunnet se i statistikkerne om førtidspension. For at kunne gøre noget effektivt ved sygefravær og udstødelse fra arbejdsmarkedet er det nødvendigt med en mere detaljeret viden om de faktorer og processer, der går forud for, at man må forlade arbejdsmarkedet.

Man kan undre sig over, at der først inden for det seneste årti er vokset en forskning frem, som fokuserer på sammenhængene mellem mentalt helbred, sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejde.

Årsager til den øgede forskningsinteresse i mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

Der er flere mulige grunde til den øgede forskningsinteresse. For det første kan der være tale om en stigende forekomst af mentale helbredsproblemer i form af både mere alvorlige mentale problemer samt lettere problemer, der fx ytrer sig som stress og udbrændthed.

For det andet kan der være tale om, at personer med mentale helbredsproblemer kan have stigende vanskeligheder ved at deltage i arbejdslivet med fuld produktivitet. Igennem de seneste årtier er der sket en langsom forøgelse af de psykiske krav i arbejdslivet. Kognitive og sociale krav spiller en tiltagende rolle på grund af væksten i vidensarbejde, administrativt arbejde og arbejde med mennesker. Netop sådanne krav kan være vanskelige at honorere for mennesker med mentale helbredsproblemer og kan derfor resultere i sygefravær, nedsat arbejdsevne og førtidigt arbejdsophør.

For det tredje kan der være tale om, at nogle faktorer i arbejdsmiljøet – herunder de forøgede kognitive og sociale krav – kan bidrage til udviklingen af mentale helbredsproblemer og de deraf følgende konsekvenser.

For det fjerde synes der at være sket en ændring i befolkningens sygdomsmønstre. Der er således sket en forbedring af det fysiske helbred i befolkningen, hvilket kan føre til, at mentale helbredsproblemer kommer til at spille en større rolle for de nævnte arbejdsmæssige konsekvenser. Tillige kan der være tale om ændringer i den diagnostiske praksis, således at man inden for sundhedssektoren er blevet mere opmærksom på mentale helbredsproblemer. Tidligere kunne der ske det, at en person, der både havde fysiske problemer, fx smerter i ryggen, og mentale problemer, kun fik diagnosticeret det fysiske problem, hvor det nu hyppigere sker, at man tillige får det mentale helbredsproblem diagnosticeret. Samtidig kan befolkningens opfattelse af mentale helbredsproblemer have ændret sig, så flere er parat til at erkende, at de har sådanne helbredsproblemer.

For det femte er der sket det, at langvarigt sygefravær er steget gennem det seneste årti. En del af denne stigning kan skyldes, at der er sket et fald i arbejdsløsheden. Når arbejdsløsheden bliver reduceret, vil der ofte ske det, at en stigende andel af personer med mentale helbredsproblemer kommer i arbejde, hvilket medfører en tendens til stigning i sygefraværet begrundet i mentale helbredsproblemer. Tendensen til stigning i det langvarige sygefravær med den deraf følgende risiko for varig udstødelse fra arbejdslivet har

ført til ændringer i lovgivningen om sygedagpenge i Danmark, som indebærer en mere aktiv indsats for at begrænse langvarigt sygefravær og forbedre fastholdelse i arbejdet.

For det sjette er der i de seneste årtier udviklet effektive metoder til behandling af mentale helbredsproblemer ved både medicinske og psykoterapeutiske metoder. At der ikke samtidig er sket en tilsvarende vækst i adgangen til effektiv behandling især med psykoterapeutiske metoder, bidrager yderligere til diskussionen om, hvad der kan gøres ved de voksende problemer med det mentale helbred.

Den øgede interesse for mentale helbredsproblemer medfører en øget erkendelse af, at det er nødvendigt at forebygge mentale helbredsproblemer og at forebygge sygefravær og arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer.

Sådanne overvejelser er baggrunden for, at Arbejdstilsynet har anmodet Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA, om at udarbejde en hvidbog om den internationale forskningsbaserede viden samt de danske erfaringer med faktorer, der betinger, at personer med mentale helbredsproblemer sygemeldes/forbliver på arbejdet, og faktorer, der betinger hurtig tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.

Niveauer af evidens

I de følgende kapitler vil vi gennemgå en mængde af forskningsbaseret viden. På grundlag af antallet og kvaliteten af studier i forhold til hvert forskningsspørgsmål vil vi forsøge at foretage konklusioner om niveauet af evidens.

Litteraturgennemgangen i hvidbogen er ikke et stringent systematisk review. Alligevel er hvert studie blevet gennemgået med henblik på at vurdere den forskningsmæssige kvalitet. Det har desværre været uoverkommeligt inden for tidsrammen at redegøre detaljeret for kvalitetsevalueringen for alle studier. Vi har valgt den mindre omfattende og mindre ambitiøse metode, dels at udelade de kvalitetsmæssigt dårlige studier fra evidensgrundlaget, dels at beskrive de metodemæssige usikkerheder i de studier, der er inddraget.

I nedenstående Tabel 0.1 angiver vi, hvilke kriterier vi har anvendt for at afgøre, hvilket niveau af evidens der findes i forhold til de forskningsspørgsmål, vi har opstillet.

Tabel 0.1. Anvendte kriterier for niveauer af evidens

Evidensniveauer	Kriterier
Ingen evidens	Kun få studier med begrænset kvalitet viser sammenhæng
Modstridende evidens	Studier viser sammenhænge, der går i forskellig retning
Indikation	Studier med begrænset kvalitet viser sammenhænge, der går i samme retning
Moderat evidens	Et eller to studier med høj kvalitet viser sammenhænge, der går i samme retning
Stærk evidens	Tre eller flere studier med høj kvalitet og/eller ét systematisk review/meta-analyse viser sammenhænge, der går i samme retning

I hvert kapitel har vi beskrevet vores søgestrategier og udvælgelseskriterier, samt hvilke kvalitetskriterier vi har anvendt for at inddrage studier i evidensgrundlaget. Der er dog gennemgående blevet udvalgt studier ud fra følgende søgekriterier: meta-analyser, randomiserede kontrollerede undersøgelser, i perioden 1995-2010, med målgrupper med mentale helbredsproblemer, der er i beskæftigelse. De primære outcomes har været: sygefravær, arbejdsfastholdelse, arbejdsophør, arbejdssevne, mens de sekundære outcomes har været forskellige helbredsmæssige outcomes (fx symptomer, livskvalitet).

Mentale helbredsproblemer

Hvad er mentalt helbred?

Betegnelsen mentalt helbred involverer mange forskellige oplevelser, sindstilstande og situationer. Der foregår en langvarig diskussion om, hvorvidt mentalt helbred skal opfattes som et *kontinuum af symptomer* gående fra fremragende helbred med fuldstændigt fravær af symptomer til meget dårligt mentalt helbred med mange alvorlige og vedvarende symptomer, eller om man skal opfatte mentale lidelser som en *kategori af tilstande*, der er kvalitativt forskellige fra tilstande, hvor personen er rask eller blot har lette symptomer. I denne hvidbog vil vi anvende begge måder at betragte mentalt helbred på.

Mentale helbredsproblemer kan beskrives som en psykosocial belastning, der udfordrer den enkeltes måde at tackle udfordringer i dagligdagen på (van Oostrom et al. 2007). Funktions- og arbejdsevnen er derfor påvirket alt efter sværhedsgraden af det mentale helbredsproblem. Eksempelvis kan en person, der er ramt af en let til middelsvær depression, have svært ved at tage sig sammen til at udføre dagligdagens praktiske gøremål, såsom indkøb og madlavning. Ligeledes kan der være problemer med at udføre opgaverne på jobbet. Funktionsevnen og arbejdsevnen er også påvirket af personens konkrete vilkår og omgivelser. Det er desuden vigtigt at forstå reduktioner i arbejdsevnen i forhold til de bestemte arbejdsopgaver, personen skal udføre.

I kliniske og psykiatriske sammenhænge anvendes to diagnosesystemer, der ud fra bestemte kriterier klassificerer alle anerkendte psykiske lidelser. Det amerikanske system: DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, er udgivet af APA: American Psychiatric Association i 1994. Derudover har WHO udgivet ICD-10: International Classification of Diseases' 10. udgave i 1996. I Danmark og de fleste andre lande i Europa anvendes ICD-10. Omend der skal tages forbehold for forskelle i klassificeringen af diagnoser imellem de to diagnosesystemer, er diagnoserne i DSM-IV og ICD-10 sammenlignelige.

Mentale helbredsproblemer og ætiologi

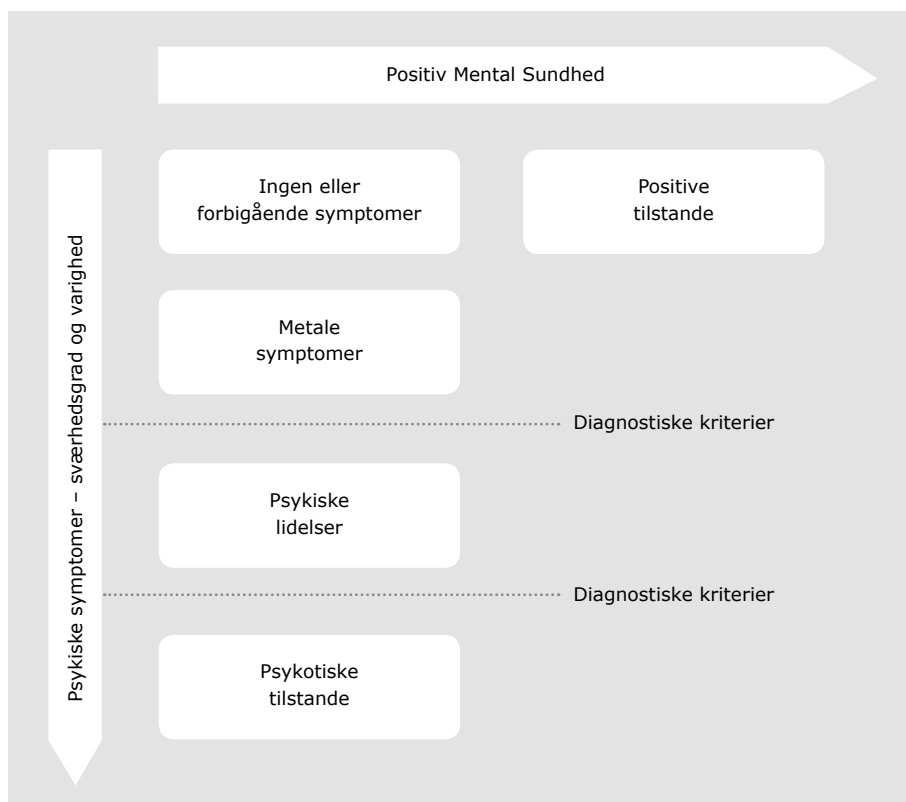
Psykiske lidelser betegnes som multifaktorielt bestemte, idet der normalt vil være flere forskellige betingelser til stede, for at en person udvikler en psykisk lidelse. Personer kan reagere på forskellige måder, der kan tilskrives deres individuelle modstandskraft og sårbarhed (genetisk og psykologisk bestemt),

og der er ofte begivenheder og faktorer i omgivelserne, der har indflydelse på udviklingen af en psykisk lidelse.

Det mentale helbred påvirkes af belastninger i privatlivet og arbejdslivet. De fleste mennesker vil på et tidspunkt i deres liv opleve alvorlige livsbegivenheder såsom tab af nærtstående, der kan medføre stærke psykiske reaktioner. Mange mennesker kan også som følge af forhold i deres arbejde opleve belastninger, der medfører psykisk ubehag og mistrivsel. Ofte vil sådanne tilstande være forbigående, og personen vil restitueres. Hvis belastningerne er vedvarende og overstiger personens kapacitet til at tackle dem, vil der kunne forekomme mere vedvarende mentale helbredsproblemer. Andre gange kan mentale helbredsproblemer imidlertid opstå, uden at der har været belastende faktorer i privat- eller arbejdslivet. Således er det ikke altid, at mentale helbredsproblemer kan tilskrives forhold i omgivelserne, og ofte vil der være tale om en kombination af ydre belastninger og personens vilkår og kapacitet til at tackle dem.

Mental sundhed

I praksis har mentalt helbred i overvejende grad handlet om psykiske lidelser og symptomer, hvor der implicit gælder, at man er mentalt sund, såfremt man ikke har mentale symptomer eller kun har forbigående symptomer. Dvs. at mental sundhed anskues som fraværet af mentale helbredsproblemer. I Figur 0.1 er det vist på den lodrette akse, der betegner sværhedsgraden og varigheden af de psykiske symptomer/lidelser. Nederst på den lodrette akse ses psykotiske tilstande som skizofreni og maniodepressive tilstande, som er kendetegnet ved grundlæggende forstyrrelser af virkelighedsopfattelsen og relationer til andre mennesker. I to diagnosesystemer DSM-IV og ICD-10 er der angivet en række kriterier, der skal være opfyldt for at stille disse diagnoser. Umiddelbart ovenover på den lodrette akse ses ikke-psykotiske lidelser såsom depression og angst-tilstande, som ligeledes er defineret ud fra antal, varighed og alvorlighed af symptomer. Længere oppe ad aksen vises mentale symptomer, der ikke opfylder alle (eller nogen af) kriterierne i diagnosesystemerne, men som ikke desto mindre kan medføre reduktion i livskvalitet og forstyrrelser i familie- og arbejdsliv. Dette synspunkt bygger på den implicitte antagelse, at mentalt helbred udgør en dimension med svære psykiske lidelser i den ene ende og mental sundhed i den modsatte ende.

Figur 0.1. Mentale helbredsproblemer og positiv mental sundhed

Til forskel fra den opfattelse, at mental sundhed er lig med fravær af psykiske lidelser og symptomer, er der formuleret en alternativ opfattelse, hvor positiv mental sundhed defineres ikke blot ved fravær af symptomer, men ved tilstedeværelsen af en række (positive) kendetegn.

WHO har i 2001 defineret mental sundhed som værende: "En tilstand af trivsel hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet" (Sundhedsstyrelsen 2008).

Der er altså tale om to selvstændige dimensioner, som dog kan være indbyrdes sammenhængende. Dvs. at en person kan være mentalt sund, men samtidig have symptomer eller psykiske lidelser. Omvendt kan man være fri for symptomer, men uden at være mentalt sund.

Der findes forskellige forsøg på en definition af positiv mental sundhed. Det mest gennemtænkte forsøg er gjort af Keyes (Keyes 2005; Keyes 2007), der har opstillet en model med tre hoveddimensioner og 14 underdimensioner. Den første hoveddimension er (A) "tilstedeværelsen af positive, affektive tilstande" (almindeligvis glad, i godt humør, lykkelig, rolig og fredfyldt, tilfreds og fuld af liv samt tilfredshed med livet generelt). Den anden hoveddimension er (B) "færdigheder i at fungere positivt personligt" (acceptere sig selv, indsigt i egne muligheder og åbenhed over for nye og udfordrende oplevelser, at have retning, formål og mening i livet, selvstændighed i forhold til at følge egne indre standarder og modstå ydre socialt pres). Den tredje hoveddimension er (C) "færdigheder i at fungere socialt" (accept af andre og deres forskelle, tillid til, at mennesker og grupper kan udvikle sig positivt, interesse i samfundet og kulturen, at opleve, at man kan gøre nytte for fællesskabet, have tilfredsstilende og tillidsfulde relationer til andre og være i stand til at være empatisk samt have en oplevelse af tilhørsforhold til sit samfund og kunne modtage støtte fra andre).

Mentale helbredsproblemer, forebyggelse og sygefravær

Litteraturen om mentalt helbred og sygefravær omhandler alle målgrupper med mentale helbredsproblemer, i forskellige faser i arbejdsforløbet (fx sygemeldte og ikke sygemeldte) og forskellige former for interventioner/forebyggelse. Hvidbogen er således delt op efter, hvor i forløbet medarbejderen er. De første kapitler gennemgår mentale helbredsproblemer i en bred sammenhæng, herefter vil der blive set på, hvad man kan gøre for at forebygge mentale helbredsproblemer. Dernæst vil der blive set på, hvad man kan gøre, efter at medarbejderen er blevet sygemeldt. Sygefravær vil i hvidbogen konsekvent blive brugt i betydningen "langtidssygefravær". Længden af sygefravær er defineret forskelligt i de forskellige studier, men som regel vil der være tale om en sammenhængende periode på mindst 14 dage.

Hvad kaldes de forskellige mentale helbredsproblemer?

I den internationale litteratur anvendes mange forskellige betegnelser og kategorier for mentale helbredsproblemer. Nogle studier bruger spørgeskemaer, der anvender forskellige definitioner af mentale helbredsproblemer. Hvad angår diagnosticerede psykiske lidelser, kan man anvende de forskellige diagnosesystemer eller spørgeskemaer (der kategoriserer ud fra lidt andre krite-

rier end de diagnostiske (fx Bipolar Depressive Disorder)). I litteraturen er der mange forskellige definitioner på, hvornår noget er et mentalt helbredsproblem. Hvidbogens definition af mentale helbredsproblemer, og hvilke mentale helbredsproblemer der er relevante at gennemgå i hvidbogen, vil blive gennemgået i det følgende.

I kommissoriet for hvidbogen ønskes en udredning af sammenhængen mellem stress og psykiske lidelser og sygefravær, arbejdsfasteholdelse og tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær. I forhold til at afgrænse mentale helbredsproblemer kan der være flere forskellige muligheder for udvikling af mentale helbredsproblemer, der fører til længerevarende sygefravær:

Mentale helbredsproblemer kan opstå i forbindelse med eller som en kombination af belastninger i arbejdsmiljøet, privatlivet eller som følge af medarbejderens sårbarhed for udvikling af psykiske lidelser. Inden for forskningen i mentale helbredsproblemer og sygefravær bliver der sjældent skelnet mellem de forskellige former for udløsende faktorer. Dette skyldes nok, at det er svært at undersøge årsagsmekanismerne bag udviklingen af mentale helbredsproblemer til bunds.

Mentale helbredsproblemer der medtages i hvidbogen

Alle mentale helbredsproblemer er vigtige og har betydning i en arbejdsplads- og arbejdsmarkedssammenhæng. Ikke desto mindre har det været en for omfattende opgave at gennemgå dem alle her. De mentale helbredsproblemer, der er udbredte og almindeligt forekommende i relation til arbejdslivet, vurderes at være de mest relevante at behandle i hvidbogen. Det vil sige mentale helbredsproblemer hos personer, der er på – eller tæt på – arbejdsmarkedet. De mentale helbredsproblemer, der bliver *inkluderet* i hvidbogen, er valgt ud fra følgende kriterier:

- De mentale helbredsproblemer er undersøgt i relation til arbejdspladsen
- De mentale helbredsproblemer er undersøgt hos medarbejdere, der er ansat under normale vilkår
- At der foreligger en rimelig mængde videnskabelige undersøgelser om de udvalgte mentale helbredsproblemer.

De mentale helbredsproblemer, der bliver inkluderet, er:

- Reaktionen på belastninger (belastnings-/tilpasningsforstyrrelser)

- Stress
- Udbændthed
- Depression
- Angst (panikangst, socialfobi og generaliseret angst)
- PTSD
- Funktionelle lidelser

Funktionelle lidelser bliver inkluderet på trods af, at der ikke er mange undersøgelser om funktionelle lidelser og sygefravær, da disse lidelser antages at have en stor udbredelse og stor betydning for langtidssygefraværet.

De mentale helbredsproblemer, der bliver *ekskluderet* fra hvidbogen, er de psykiske lidelser, hvor der i forskningen endnu ikke er lavet studier, eller hvor målgruppen er medarbejdere, der ikke er ansat under normale vilkår, såsom fx støttet beskæftigelse og ansatte i fleksjob. På baggrund heraf bliver følgende lidelser ekskluderet: lidelser inden for det skizofrene spektrum, herunder skizofreni og forskellige former for psykoser samt udviklingsforstyrrelser såsom autisme og Aspergers syndrom, samt mentale helbredsproblemer forårsaget af organiske årsager såsom demens og mental retardering.

Obsessiv-kompulsiv (OCD), adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller ungdom (adfærdsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser, tics, spiseforstyrrelser, selvskadende adfærd), bipolar affektiv sindslidelse og forskellige former for personlighedsforstyrrelser er også ekskluderet, da der er meget få undersøgelser om disse lidelser og langtidssygefravær.

Psykiske lidelser som følge af misbrug af alkohol og andre psykoaktive stoffer er også ekskluderet, da litteraturen herom er et selvstændigt afgrænset område, der er for omfattende til at gennemgå i hvidbogen.

Mentale helbredsproblemer i form af comorbiditet (flere mentale helbredsproblemer eller somatiske og psykiske helbredsproblemer) må formodes at have stor betydning for sygefraværet. Alligevel har det været en for omfattende opgave at inddrage dette i gennemgangen. Undersøgelser om comorbiditet er dog inddraget i enkelte kapitler.

Hvidbogens definition af mentale helbredsproblemer

Mentale helbredsproblemer kan defineres bredt. Ordet helbred oprinder fra oldnordisk, hvor "hel" betyder sund/uskadt og "bred" betyder beskæftigelse, gerning. Ordet mentalt helbred indikerer, at et individs mentale helbred

kan betragtes som sundt eller ikke sundt. Ligeledes anvendes ofte betegnelser som "mindre", "større", "almindelige" eller "alvorlige" mentale helbredsproblemer.

I hvidbogen vil mentale helbredsproblemer indbefatte alle tilstande, der er karakteriseret ved symptomer, der opfylder diagnostiske kriterier, som fx depression og angst samt lettere symptomer, der for en kortere periode kan hæmme personens livskvalitet og funktions- og arbejdsevne. Omend stress og udbrændthed kan defineres ud fra forskellige kriterier, kan de også medføre psykiske reaktioner i en sådan grad, at det defineres som et mentalt helbredsproblem. Det psykiske ubehag forbundet med disse symptomer vil kunne være så udtalt, at det vil udfordre den enkeltes kapacitet til at tackle arbejde og dagligdag. Således vil funktions- og arbejdsevnen være nedsat. Det vil være forskelligt alt efter sværhedsgraden af symptomerne og den enkeltes omstændigheder, i hvor høj grad den enkelte er i stand til at arbejde.

Lettere mentale helbredsproblemer kan defineres som en tilstand karakteriseret ved mærkbart ubehag og symptomer såsom oplevelse af stress, irritation, nedstemthed, træthed, søvnløshed eller negative tanker. Der kan være tale om konstellationer af symptomer, der minder om forskellige diagnoser, fx depression, men som ikke i sig selv er nok til at opfylde kriterierne for en egentlig diagnose. Funktionsniveau og arbejdsevne kan desuden være påvirket. I litteraturen indbefatter lettere psykiske helbredsproblemer også såkaldt "subthreshold" depression – en tilstand, hvor der er forskellige symptomer på depression, dog uden at tilstanden har udviklet sig til egentlig depression.

Almindelige mentale helbredsproblemer bruges ofte som betegnelse på de mest almindeligt forekomne mentale helbredsproblemer i primær sektoren. Der er tale om diagnosticerbare lidelser såsom depression og angst, men kan også være stress-relaterede og somatoforme lidelser.

I hvidbogen vil mentale helbredsproblemer således forstås bredt og omfatter både lettere mentale helbredsproblemer og mentale helbredsproblemer i form af diagnosticerbare, psykiske lidelser.

Stress

Stress er en reaktion på en belastning og kan eksempelvis udløses af et krav om at yde noget ekstra i en bestemt periode. Stress kan defineres som en psykisk tilstand, der er en reaktion på belastninger i omgivelserne, som overskrider individets mulighed for at tackle de emotionelle og sociale krav, der

følger med belastningen. For det meste vil der være tale om en forbigående reaktion. Vedvarende og langvarige belastninger, der overskrider individets evne til at tackle belastningen, kan dog medføre stressreaktioner, der kan have fysiske, psykiske og adfærdsmæssige konsekvenser, fx i form af hjertebanken, hyppige infektioner, hukommelsesbesvær, træthed og søvnløshed. I en arbejdsmæssig sammenhæng kan udsættelse for længerevarende stressorer i arbejdsmiljøet, såsom manglende balance mellem arbejdsbyrde og -ressourcer, give sådanne reaktioner.

Stress bliver ikke anset som en sygdom eller lidelse og indgår ikke som selvstændig diagnose i ICD-10 eller DSM-IV diagnosesystemerne. I en klinisk sammenhæng er det således sværhedsgraden af den enkeltes adfærdsmæssige, følelsesmæssige og tankemæssige reaktion på stressbelastningen, der afgør, om stress medfører et mentalt helbredsproblem, der kan karakteriseres som en psykisk lidelse. Her vil diagnosen typisk være tilpasnings-/belastningsreaktion, og i tilfælde af udsættelse for en ekstrem belastning posttraumatisk belastningsreaktion. Vedvarende og langvarige stressbelastninger kan medføre udvikling af psykiske lidelser, fx depression. Omend reaktioner også kan medføre fysiske lidelser, såsom hjerte-kar-sygdomme, er det udelukkende de psykiske reaktioner som følge af stressbelastninger, der er inkluderet i hvidbogen.

I forskningslitteraturen defineres stress forskelligt. I de fleste kliniske forskningssammenhænge bliver stress udelukkende undersøgt, såfremt bestemte diagnostiske kriterier for psykiske lidelser er opfyldt. I forskningen bliver stress ofte konstateret ved hjælp af spørgeskemaer, der definerer stress ud fra en række kriterier såsom varighed og intensitet. Der er således ikke en entydig måde at definere stress på, og stress kan i litteraturen indgå enten som et mindre mentalt helbredsproblem eller som et reelt helbredsproblem, der har større indvirkning på funktions- og arbejdsevnen.

Udbrændthed

Udbrændthed eller på engelsk "burnout" er, som navnet antyder, kendetegnet ved en total udmattelse og kollaps af funktionsevnen, og i nogle sammenhænge kaldt en "udmattelsesdepression". Udbrændthed bliver ofte brugt i arbejdsrelaterede sammenhænge som følge af ekstreme og længerevarende belastninger såsom ekstremt arbejdspress. Der er imidlertid forskellige opfattelser af berettigelse for en selvstændig diagnose, da den indgår som tillægsdiagnose i ICD-10, men ikke i DSM-IV. I arbejdsrelaterede sammenhænge og forskningslitteraturen beskrives udbrændthed som et mentalt helbredspro-

blem, men i kliniske sammenhænge anvendes udbrændthed som diagnose kun i visse medicinske og psykiatriske sammenhænge. På grund af denne manglende enighed, er der store forskelle på, hvordan udbrændthed defineres.

Derfor har det svenske "The National Board of Health and Welfare" (NBHW) ud fra en systematisk gennemgang af den endnu sparsomme forskning kombineret med kliniske erfaringer peget på diagnostiske kriterier, der kendetegner udbrændthed. Omend der endnu ikke er enighed om denne klassificering, kan en kort beskrivelse heraf give et indblik i tilstandens karakter og forløb. Ifølge NBHW opfattes udbrændthed som et udmattelsessyndrom. Syndromet opstår, såfremt man har været udsat for én eller flere identificerbare belastninger, hvor personen ikke har været i stand til at tackle belastningen i en periode på mindst seks måneder. Belastningen kan både være arbejdsrelateret og privatlivsrelateret. Reaktionen på tilstanden giver sig udslag i en tydelig mangel på energi. Det kan være nedsat initiativ, udholdenhed eller nedsat tempo ved psykisk belastning, og tilstanden skal have en varighed på mindst to uger. I tillæg hertil skal mindst fire af følgende symptomer være til stede i denne periode: koncentrationsbesvær, nedsat evne til at håndtere krav eller udføre opgaver under tidspres, følelsesmæssige udsving, søvnforstyrrelser, kropslig svaghed eller udmattelse, fysiske symptomer i form af ømhed, brystmerter, hjertebanken, mave-tarm-besvær, overfølsomhed over for lyde. Symptomerne medfører forpinthed eller forstyrret funktion i arbejdet, socialt eller i andre vigtige henseender. Andre somatiske og psykiske diagnoser kan udelukkes. I tilfælde af depression, dystymi eller generaliseret angst kan udmattelsessyndromet blive en tillægsdiagnose. Derudover pointeres det, at langt fra alle, der udsættes for den samme belastning, udvikler udmattelsessyndrom.

I arbejdsmæssige sammenhænge beskriver NBHW, at mange langtidssygemeldte med udmattelsessyndrom er loyale og hårdtarbejdende personer. Den kliniske erfaring er, at forløbet er langvarigt, og det kan tage op til to år at få folk til at komme sig igen efter intensiv behandling. (Kilde: The National Board of Health and Welfare. Socialstyrelsen: Artikel nr. 2003-123-18. Bokforlaget Bjurner og Bruno AB. 2003: Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Sammenfattning og slutsatser). Omend der er uenighed om disse kriteriers berettigelse som en selvstændig diagnose, betegnes udbrændthed i forskningsmæssige sammenhænge som et mentalt helbredsproblem med omfattende følelsesmæssige konsekvenser og nedsat funktion.

Tilpasningsreaktion og/eller belastningsreaktion

En tilpasningsreaktion er ifølge ICD-10 emotionelle og adfærdsmæssige symptomer som følge af en belastning eller et traume inden for den sidste måned. Tilstanden må højst vare i to år for at opfylde de diagnostiske kriterier og medfører ubehag og nedsat social funktionsevne, der opstår i tilpasningsperioden efter belastningen. Symptomerne kan variere, men nedtrykthed, angst, bekymring og magtesløshed vil være almindelige. Depressive reaktioner kan også forekomme. Belastningen kan være forårsaget af både private og arbejdsmæssige forhold. Belastningsreaktion er en anden type diagnose, der kan anvendes, såfremt der er en kendt belastning, men hvor symptomerne afviger fra tilpasningsreaktionen. En tilpasningsreaktion er forbigående, og de fleste vil komme sig inden for seks måneder.

Funktionelle lidelser

Funktionelle lidelser er betegnelsen for en gruppe tilstande, der viser sig ved uforklarlige fysiske symptomer. Hos voksne er der tale om et spektrum, der strækker sig fra lette symptomer, såsom hovedpine og lette muskelsmerter, til svære og mere invaliderende symptomer, såsom vedvarende stærke smerter i kroppen. Sidstnævnte kan medføre alvorlig funktionspåvirkning af lang varighed. Hos nogle kan man lide af "helbredsangst" (hypokondri), der betegner en overdreven bekymring for at fejle noget alvorligt. Man regner med, at 6,5 % af den danske befolkning har en eller flere funktionelle lidelser.

Der er forskel på definitionen af funktionelle lidelser. Hos nogle fagfolk er fraværet af konstaterbar fysisk sygdom hos personer med funktionelle lidelser ensbetydende med, at symptomerne skyldes psykiske forhold – altså en form for hypokondri. I den sammenhæng kan man bruge betegnelsen somatisering, hvor patienten har tendens til psykiske problemer (fx angst, tristhed) og fysiske symptomer (fx smerter). Andre sundhedsprofessionelle lægger vægt på, at der er mange uopdagede neurologiske og fysiske forhold, som kan være skyld i symptomerne, men som altså endnu ikke kan forklares videnskabeligt. Ifølge ICD-10 skal tilstanden dog være kendetegnet ved flere forskellige, tilbagevendende og hyppigt skiftende fysiske symptomer gennem mindst to år. Ofte vil der være en historie med mange udredninger og undersøgelser uden resultat, og personen kan sjældent acceptere forsikringer om, at vedkommende ikke fejler noget. Derudover skal forløbet være kronisk og medføre forstyrrelser af den sociale eller familiemæssige adfærd.

Ofte foregår behandling af funktionelle lidelser hos praktiserende læge. Der er generelt få specialiserede tilbud. Erfaringen viser, at tidlig diagnosticering og behandling kan give en god prognose, mens fejlagtig tolkning og talrige undersøgelser kan forstærke sygdomsangst og forværre tilstanden. Der er endnu ikke udviklet evidensbaserede retningslinjer for behandling af funktionelle lidelser. Behandlinger for funktionelle lidelser i Danmark foregår i psykiatrisk regi og indebærer en tværfaglig indsats, hvor patienten har mulighed for at lære om sammenhængen mellem psyke og soma.

Depression

Depression er en lidelse, som hører til inden for det såkaldte affektive spektrum. Dette spektrum omfatter tilstande, der er karakteriseret ved, at en persons stemningsleje afviger fra det, der er normalt for personen. Ved depression er det forsænket. Depression kan beskrives ud fra tre kernesymptomer:

- Nedsat stemningsleje, hvilket vil sige tristhed/nedtrykthed
- Nedsat lyst, såsom manglende glæde eller lyst ved aktiviteter, personen ellers har været glad for
- Nedsat energi og øget træthed

Dertil kan der komme forskellige følgesymptomer:

Nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbefrædelse eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tanke- eller koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser, nedsat eller øget appetit og vægtændring. Ofte vil den depressive være præget af negative tanker om egne mangler og mindreværd. Den depressive kan være præget af manglende initiativ og apati. Tilstanden skal vare i mindst to uger.

I ICD-10 skelnes mellem forskellige grader af depression. De diagnostiske kriterier lægger vægt på bl.a. varigheden og sværhedsgraden af symptomerne. Depression inddeles i let, moderat og svær depression. Ved let depression vil funktionsniveauet være på et niveau, hvor patienten i en vis udstrækning kan fortsætte med sædvanlige aktiviteter og eksempelvis gå på arbejde. I en depression af moderat grad vil patienten have svært ved at opretholde funktionsniveauet, og nogle vil have svært ved at gå på arbejde. Ved svær depression er alle tre kernesymptomer og mindst seks ledsagesymptomer til stede. Svær depression er præget af mange symptomer i udtalt og pinefuld grad. Ofte vil somatiske symptomer i form af vægttab, obstipation, træthed og søvnproblemer være til stede. Selvmordstanker og -handlinger er hyppigt

forekommende. Svær depression kan desuden være ledsaget af psykotiske symptomer.

Der foreligger evidensbaserede retningslinjer for behandling i de såkaldte referenceprogrammer udgivet af Sundhedsstyrelsen samt internationalt i "Nice rapporter". Ved let depression eller kun få symptomer på depression anbefales "Watchful waiting" eller støttende samtaler, der i de fleste tilfælde vil være tilstrækkeligt. Ved let til moderat depression kan medikamentel og/eller psykoterapeutisk behandling anbefales. Ved svær depression anbefales som førstevalg medicinsk behandling, hvorefter psykoterapeutisk behandling kan supplere.

Depression er dobbelt så hyppig hos kvinder som hos mænd. Udenlandske og danske undersøgelser peger på, at mindre end halvdelen af personer med klinisk depression synes at få behandling.

Omend spontan helbredelse kan forekomme, er manglende behandling ved moderat til svær depression ofte forbundet med længerevarende forløb og dårligere prognose. En ubehandlet episode af en moderat til svær depression varer 6-24 måneder. To tredjedele kommer sig helt mellem episoderne. Ca. en fjerdedel vil fortsætte med at lide af lettere depressive symptomer. Mere end halvdelen af dem, som har haft en depressiv episode, vil få en ny depression. Hver ny depressionsepisode øger risikoen for en ny depression. Jo tidligere behandling, jo bedre er prognosen. De fleste vil opleve markant symptomlindring efter seks ugers behandling. (Kilde: Lægehåndbogen).

Dystymi er en affektiv tilstand, der er defineret som en kronisk forstemnings-tilstand af flere års varighed, og uden at alle kriterierne for depression er opfyldt.

Socialfobi

Socialfobi er, som navnet antyder, en fobisk reaktion i sociale situationer. Ofte vil en frygt for at blive kritisk iagttaget af andre mennesker medføre undgåelse af sociale situationer, særligt i grupper af mennesker. Mere gennemgribende sociale fobier er ledsaget af lav selvagtelse og frygt for kritik eller frygt for at opføre sig pinligt. Angst, ansigtsrødmen, rysten, opkastnings- eller vandladningstrang er typiske problemer i sociale situationer. Symptomerne ved udsættelse for de frygtede situationer kan udvikle sig til egentlig panikangst. Personer med socialfobi medgiver ofte selv, at angsten eller undgåelsesadfærden er overdreven eller urimelig, uden dog at kunne slippe den. Symptomer-

ne er ofte dominerende i frygtede situationer eller ved tanken herom. Kvinder rammes oftere end mænd. Alkoholmisbrug er hyppigt forekommende (ca. 20 %. Reference: Lægehåndbogen). Isolation kan også være en konsekvens, hvilket kan medføre dårlig livskvalitet og nedsat funktionsevne. Andre fobier, depressioner og psykiatriske problemer kan forekomme samtidig med denne tilstand. Behandlingen af socialfobi er primært psykologisk, hvor fokus er at mestre de sociale situationer. Her har kognitive adfærdsterapeutiske metoder god dokumenteret effekt. Fysisk træning og afspænding kan også anvendes. Ubehandlet er forløbet kronisk, hvor færre end en tredjedel får det godt uden behandling.

Generaliseret angst

Generaliseret angst defineres som udtalt bekymring, angst, nervøsitet og anspændthed. I modsætning til eksempelvis angst ved fobier er angsten "frit-flydende" og ikke relateret til bestemte situationer eller omstændigheder. Ifølge ICD-10 skal følgende symptomer være til stede de fleste dage i mindst seks måneder: øget muskelspænding (trætbarhed, rysten, uro), autonom hyperaktivitet (sveden, kortåndethed, hjertebanken, tør mund, kolde hænder, svimmelhed) og øget opmærksomhed på omgivelserne (irritabilitet, svækket koncentrationsevne).

Der kan også forekomme katastrofetanker om ulykker for nærtstående. De mest fremtrædende symptomer er klager over nervøsitet, rysten, muskelspændinger, svedtendens. Der kan opleves symptomer fra bryst/mave: åndenød, kvælningss fornemmelse, trykken eller smerte i brystet, kvalme eller uro i maven. Psykiske symptomer kan omfatte svimmelhed, uvirkelighedsfølelse, frygt for at blive sindssyg, dødsangst. Derudover kan en række andre symptomer også være forbundet med denne tilstand såsom irritabilitet, søvnbesvær og tendens til sammenfaren.

Behandling vil ofte indebære medicin og psykoterapi, psykoedukation, afslapningsøvelser og fysisk aktivitet. Her er det særlig kognitive adfærdsterapeutiske teknikker, der har dokumenteret effekt. Generaliseret angst betragtes som en kronisk tilstand, som ofte kræver livslang opfølgning og behandling. Spontan bedring er sjælden og ofte forbundet med dårlig prognose, med betydelig indskrænkning af livskvaliteten til følge.

Panikangst

Panikangst er i modsætning til fobiske tilstande ikke begrænset til særlige situationer eller objekter, reel fare eller fysisk belastning. Et individ kan få et pludseligt, uventet anfald med intens frygt, angst eller panik. De dominerende symptomer er hjertebanken, trykken i brystet, kvælningss fornemmelse, svimmelhed og uvirkelighedsfølelse. Frygt for at dø, miste kontrollen eller at blive sindssyg er almindeligt. Panikangst kan forekomme i let, moderat og svær grad. For at få diagnosen skal man som minimum have over fire panikanfald inden for en fire ugers periode med symptomer.

Lidelsen opstår ifølge ICD-10 ved gentagne anfald (mindst fire på en måned) med vedvarende bekymring for at få et nyt anfald. Man frygter således frygten. Der er adfærdsmæssige konsekvenser forbundet med lidelsen, idet man undgår situationer, hvor man tror, et nyt anfald kan opstå (fx sociale sammenhænge). Der er gode behandlingsmuligheder, og den primære behandling er psykologisk. Kognitiv adfærdsterapi er den bedst dokumenterede behandlingsform, hvor der primært anvendes udsættelse for situationer, der fremkalder panikangsten.

PTSD

Posttraumatisk stresslidelse er en langvarig, og ikke sjældent, kronisk tilstand, som kan opstå efter alvorlige eller langvarige psykiske traumer som ulykker, krig, katastrofer og overgreb (voldtægt og incest). Lidelsen er kendetegnet ved: genoplevelse (flashback) af traumat både i vågen tilstand og i søvne, undgåelse af handlinger eller situationer, som minder om hændelsen, hyperarousal: irritabilitet, søvnproblemer, koncentrationsvanskeligheder og humørsvingninger. Hyppigheden er dobbelt så stor hos kvinder som hos mænd.

De diagnostiske kriterier indebærer, at patienten har været udsat for en ekstrem belastning, fx en alvorlig trussel mod liv eller velbefindende. Symptomerne udvikles normalt inden for seks måneder. Varigheden af symptomerne skal være mindst en måned. Der er ofte comorbiditet i form af depression, adfærdsforstyrrelser og psykosomatiske symptomer. Der kan være gode behandlingsresultater ved tidlig psykologisk behandling af afgrænsede enkeltstående stressbelastninger, såsom voldtægt, mens torturofre, ofre for krigshandlinger og ofre for andre langvarige og vedvarende belastninger kan være sværere og mere komplicerede at behandle. Ofte vil behandlingen indebære både medikamentel og psykologisk behandling.

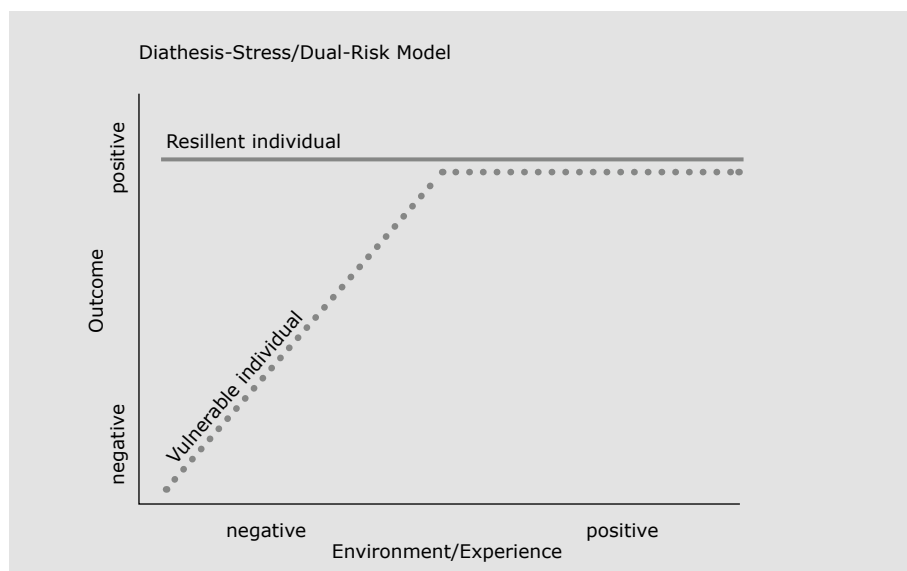
Teoretiske modeller

Stress-sårbarheds-model

Stress-sårbarheds-modellen antager, at personer i forskellig grad har sårbarheder eller dispositioner for at udvikle psykiske lidelser. I modellen betegnes disse sårbarheder med diathesis (Monroe & Simons 1991; Monroe et al. 2001), som omfatter nogle af de biologiske og psykologiske faktorer, som er blevet identificeret som risikofaktorer for fx depression. Nogle mennesker har flere af disse sårbarheder (diathesis) end andre. Ifølge modellen er det at have en sårbarhed for depression ikke alene tilstrækkeligt for at fremkalde depression. Et individs sårbarheder må interagere med stressende livsbegivenheder (af social, psykologisk eller biologisk art) for at fremkalde lidelsen. Ifølge modellen er det sådan, at jo større et individs medfødte eller erhvervede sårbarhed er, jo mindre stress fra omgivelserne skal der til for at fremkalde en depression. Modsat vil det være sådan, at jo mindre sårbarheden for at blive depressiv er, jo højere niveau af stress fra omgivelserne skal der til for at fremkalde lidelsen.

Virkningen af en bestemt stressor vil således variere mellem forskellige personer. En pårørendes død eller andre alvorlige livsbegivenheder som afskedigelse eller skilsmisse kan være tilstrækkeligt virkningsfulde for at fremkalde depression hos personer med sårbarheder for denne lidelse.

Figur 0.2 Stress-sårbarheds-modellen¹



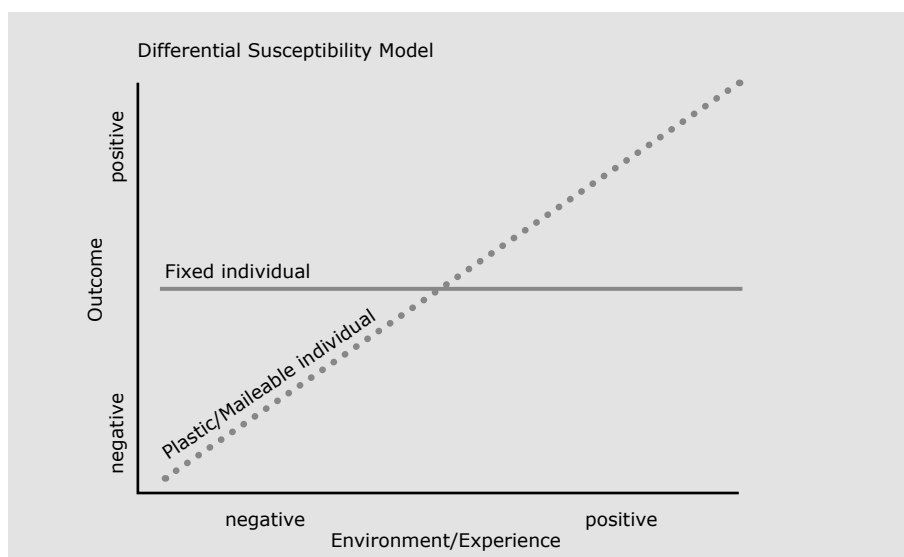
¹ Model taget fra www.en.wikipedia.org

Psykkiske lidelser er således komplekse tilstande, hvor flere forskellige faktorer påvirker lidelsens opståen og forløb. I nederste venstre hjørne af Figur 0.2 er illustreret, at en sårbar person vil udvikle psykiske lidelser, hvis personen udsættes for mange og/eller alvorlige stressende begivenheder eller kroniske vanskeligheder. Hvis personen derimod ikke udsættes for sådanne påvirkninger, vil dette ikke ske. Den meget modstandsdygtige person (resilient individual) vil derimod ikke udvikle en psykisk lidelse, selvom personen udsættes for svære belastninger. Figuren er forenklet, idet der naturligvis er forskellige grader af sårbarhed og modstandsdygtighed.

Mulighederne for at forebygge psykiske lidelser er begrænset af, at man ikke kender til hele ætiologien eller alle de faktorer, der har betydning for, at man udvikler en psykisk lidelse. Dertil kommer, at selvom der ofte er kendskab til forskellige risikofaktorer, der øger sandsynligheden for, at man udvikler psykiske lidelser – såsom gener, traumatisering, omsorgssvigt, livsbegivenheder, køn, stress – vil det ofte være svært at påvirke sådanne risikofaktorer via forebyggelse.

Forskellig modtagelighedsmodel

Som et delvist alternativ til stress-sårbarheds-modellen er der udviklet en model om, at personer kan have forskellige grader af modtagelighed over for påvirkninger fra miljøet (Belsky et al. 2007; Belsky et al. 2009). Den større modtagelighed over for påvirkninger fra omgivelserne betyder, at de mere modtagelige personer ikke blot er mere sårbare over for negative påvirkninger, men at de samtidig også er mere modtagelige over for positive virkninger fra støttende og berigende omgivelser. Denne model åbner for flere muligheder for forebyggelse og sundhedsfremme, idet den peger på, at positive faktorer i omgivelserne, fx i familie- og arbejdslivet, kan fremme positivt mentalt helbred.

Figur 0.3 Forskellige modtagelighed²

I Figur 0.3 illustrerer X-aksen miljømæssige påvirkninger, mens Y-aksen illustrerer de positive og negative udviklingsmæssige udfald. Den vandrette og den skrå linje repræsenterer to forskellige typer individer, alt efter hvor sårbar den enkelte er over for miljømæssige påvirkninger. Det "plastiske" individ (plastic/ malleable) er mere påvirket af både negative og positive miljømæssige påvirkninger end den "statiske" (fixed) individ.

Stress-sensitivering

Stress-sårbarheds-modellen er senere blevet suppleret med en stress-sensitiverings-model (Patten 2008; Post 2007; Hammen 2005a; Eriksen & Ursin 2004; Hammen et al. 2000). Denne model tager udgangspunkt i den iagttagelse, at jo flere depressive episoder en person har oplevet, jo mindre skal der efterfølgende til, for at personen reagerer på en belastende livsbegivenhed eller vedvarende vanskeligheder i livet (Eaton et al. 2008; Stroud et al. 2008). Det betyder i praksis, at en person, der tidligere har haft depressive episoder, lettere bliver depressiv igen. Det har også betydning, når man foretager studier af depression og påvirkninger i arbejdet. Hvis der er flere deltagere med i studiet, der tidligere har haft mentale helbredsproblemer, vil sammenhængen mellem arbejds påvirkninger og depression tendentielt blive formindsket.

²Model taget fra www.en.wikipedia.org

Derfor er det vigtigt at vide noget om deltagernes tidligere psykiske lidelser. Hvis man i et studie kun medtager personer, der ikke tidligere har haft depressive episoder, vil sammenhængen blive stærkere.

Stress Generation Model

Som ovenstående modeller illustrerer, er der efterhånden enighed om, at kroniske og episodiske stressorer øger risikoen for psykiske helbredsproblemer – herunder depression. Det er derimod mindre belyst, i hvilken udstrækning personer med depression selv medvirker til at skabe stressende omgivelser, som forlænger depressionsforløbet og øger risikoen for gentagne depressive episoder. Med afsæt i Stress Generation Modellen (SGM) har man i teoretiske og empiriske studier undersøgt, hvorledes depressive selv aktivt påvirker deres omgivelser, og modellen kan derfor ses som et opgør med de tidligere modeller, der betragter depressive personer som passive ofre for stressorer. Især Hammen (Hammen 2003; Hammen 2005b; Hammen 2006; Hammen et al. 2009) har bidraget i udviklingen af SGM. I nedenstående ønsker vi kort at udfolde SGM for at give et nuanceret billede af forskellige opfattelser af årsag til og konsekvenser af mentale helbredsproblemer.

SGM skelner mellem "afhængige" og "uafhængige" stressorer, hvor afhængige stressorer defineres som episoder, forhold og begivenheder, som personen selv er delvis medvirker til. Man har så at sige selv en "skyld" i eller indflydelse på tilstedeværelsen af afhængige stressorer. Uafhængige stressorer defineres derimod som episoder og begivenheder, som er belastende, men hvis tilstedeværelse man ikke selv har indflydelse på. Dette kan eksempelvis være dødsfald i nærmeste familie, naturkatastrofer etc. SGM udspringer af en række studier, der viser, at personer med depressive lidelser oplever flere afhængige episodiske stressorer end personer uden en depressionshistorie (Hammen 2006). Studierne viser desuden, at depressive og ikke-depressive oplever samme grad af uafhængige stressorer. (Hammen 2004, 2006, 2009).

Den øgede forekomst af afhængige stressorer hos depressive forklares med, at depressive personer aktivt medvirker til at skabe stressfulde omgivelser, hvorfor de i højere grad end ikke-depressive udsættes for stressorer, som kan vedligeholde depressionen eller øge risikoen for en ny depressiv episode. Forskningen peger især på, at depressive beretter om flere interpersonelle konflikter end ikke-depressive, hvilket kan skyldes, at depressive symptomer som pessimisme, lav energi, irritabilitet, følelsesforfladigelse etc. kan øge risikoen for interpersonelle konflikter (Hammen 2006).

Noget tyder på, at den høje frekvens af afhængige stressorer også ses, når personen ikke længere er i en depressiv episode, hvilket indikerer, at det ikke kun er depressionen, som er årsag til, at man skaber flere afhængige stressorer. SGM mener således, at de flere afhængige stressorer også kan tilskrives personens karakteristika og konteksten for personens liv (Hammen 2006). Af personlige karakteristika peger SGT på, at faktorer som kognition, adfærd, overbevisninger, forventninger, værdier, personlighedstræk, indlært adfærd og problemløsningsstil øger forekomsten af afhængige stressorer. Især personlighedstrækket neuroticisme (Hammen 2006), tilknytningsmønstre i parforhold (Eberhart & Hammen 2009) og mestringsstrategier (Holahan et al. 2005) er blevet undersøgt.

I et 10-årigt studie har man fulgt 1.200 midaldrende kvinder og mænd fire gange med et par års mellemrum. Ved hver af undersøgelserne spurgte man til mestringsstrategi, afhængige og uafhængige stressorer samt hyppigheden og styrken af depression. Ganske interessant viste det sig, at de personer, der ved baseline hovedsagelig benyttede sig af en undvigende og passiv mestringsstrategi, fire år efter berettede om signifikant flere afhængige, episodiske og kroniske stressorer. 10 år efter baseline havde flere med en passiv mestringsstrategi depression eller depressive symptomer sammenlignet med personer, der ved baseline benyttede sig af mere aktive strategier. Dette tyder på, at den passive mestringsstrategi øger forekomsten af afhængige stressorer, som igen øger risikoen for udvikling af depression (Holahan et al. 2005).

Konteksten og stressorerne heri ses også som delvist skabt af den enkelte person gennem fx valg af ægtefælle, ægteskabets kvalitet og børneopdragelse. Kendler et al. anvender betegnelsen, at man har "valgt sig selv ind i vanskelige omgivelser", hvormed man selv har med-indflydelse på de stressorer, man erfarer (Kendler et al. 2001).

SGM understreger, at hensigten ikke er at bebrejde personen og tilskrive denne alt ansvar for stressende omgivelser og den dertil knyttede depression. Nogle personer kan være bebyrdet med stressende omgivelser, som i sig selv øger sandsynligheden for, at personen udsættes for (og selv bidrager til) tilstedeværelsen af afhængige stressorer (Hammen 2005).

I de empiriske studier af SGM har man endnu ikke tilstrækkeligt afdækket, hvilke typer af afhængige stressorer, som personer med depression i særlig grad oplever. De nuværende studier har koncentreret sig om depressives privatsfære, hvor der er fundet signifikant forøgede interpersonelle konflikter. Man ved endnu ikke meget om, hvilken adfærd hos personer med depres-

sion, der bidrager til de mange afhængige stressorer. Er det, fordi personerne afviser andre, stiller store krav til sig selv, generel pessimisme etc.?

Der er hovedsagelig viden om sammenhængen mellem depression og afhængige stressorer, mens der endnu mangler viden om sammenhængen med andre psykiske lidelser. Derudover har man i studierne fokuseret på episodiske stressorer frem for mere kroniske stressorer. Forskningen har langt overvejende beskæftiget sig med privatsfæren, og man kender derfor endnu ikke sammenhængen mellem depression og afhængige stressorer i arbejdsmæssig sammenhæng.

Det vigtigste bidrag fra SGM i denne hvidbog er således, at personer med depression selv kan være med til at skabe stressende omgivelser, som på den anden side kan medvirke til at forlænge eller forårsage depressionen. Det er vigtigt at være opmærksom på denne potentielt onde cirkel og rette fokus mod, hvorledes den deprimerede selv kan nedbringe stressorerne i omgivelserne ved at skabe bevidsthed om, hvordan egen adfærd og beslutninger medvirker til at skabe og/eller opretholde stressorer i omgivelsernes miljø (Hammer 2006). Denne viden kan bidrage til at forbedre depressionsbehandlingen og til at forebygge, at nye episoder af depression indtræder.

SGM er en relevant og spændende model til at forklare, hvilke faktorer der har betydning for udviklingen og vedligeholdelsen af mentale helbredsproblemer. Modellen gør op med, at personer med mentale helbredsproblemer er passive ofre for deres omgivelser, og den påpeger den enkelte persons muligheder for at forme sit eget liv – også i negativ retning.

Vi mener, det er problematisk at konkludere, at personer med mentale helbredsproblemer alene har "valgt sig selv ind i vanskelige omgivelser", da samfundsmæssige forhold og opvækstvilkår i høj grad spiller en rolle for de omgivelser og de stressorer, den enkelte person lever i og med. Men på den anden side er det relevant at finde ud af, om nogle personer er med til at vedligeholde deres mentale problemer gennem deres egen problematiske adfærd. Der har endnu ikke været foretaget studier heraf på arbejdspladsen. Desuden er forskningen som sagt begrænset til primært at handle om interpersonelle konflikter, hvor det kunne være yderst relevant at undersøge andre typer af konflikter og stress på arbejdspladsen. Det kunne således være relevant at studere stress og konflikter i forbindelse med præstation og indflydelse på arbejdspladsen, som i høj grad kunne tænkes at have stor betydning i arbejds-team.

Referencer

- Belsky J, Bell B, Bradley RH, Stallard N & Stewart-Brown SL. Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. *Eur.J.Public Health* 2007;17(5):508-513.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M, Brummett B & Williams R. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol.Psychiatry* 2009;14(8):746-754.
- Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, Bienvenu OJ & Zandi P. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch. Gen.Psychiatry* 2008;65(5):513-520.
- Eberhart NK & Hammen CL. Interpersonal Predictors of Stress Generation. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2009;35(5):544-556.
- Eriksen HR & Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J.Psychosom.Res.* 2004;56(4):445-448.
- Hammen C. Social stress and women's risk for recurrent depression. *Arch. Womens Ment.Health* 2003;6(1):9-13.
- Hammen C. Stress and depression. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2005b;1:293-319.
- Hammen C. Stress and depression. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2005a;1:293-319.
- Hammen C. Stress generation in depression: reflections on origins, research, and future directions. *J.Clin.Psychol.* 2006;62(9):1065-1082.
- Hammen C, Henry R & Daley SE. Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *J.Consult Clin. Psychol.* 2000;68(5):782-787.
- Hammen C, Kim EY, Eberhart NK & Brennan PA. Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depress.Anxiety.* 2009;26(8):718-723.
- Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL & Schutte KK. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *J.Consult Clin.Psychol.* 2005;73(4):658-666.
- Kendler KS, Thornton LM & Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *Am.J.Psychiatry* 2001;158(4):582-586.
- Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J.Consult Clin.Psychol.* 2005;73(3):539-548.
- Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am.Psychol.* 2007;62(2):95-108.
- Monroe SM, Harkness K, Simons AD & Thase ME. Life stress and the symptoms of major depression. *J.Nerv.Ment.Dis.* 2001;189(3):168-175.
- Monroe SM & Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol.Bull.* 1991;110(3):406-425.

- Patten SB. Sensitization: The sine qua non of the depressive disorders? *Medical Hypotheses* 2008;71(6):872-875.
- Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2007;31(6):858-873.
- Stroud CB, Davila J & Moyer A. The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology* 2008;117(1):206-213.
- Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed. 2008.
- van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC & van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:127.

Kapitel 1

Prævalens. Hvor stor en andel af befolkningen har mentale helbredsproblemer, og hvor stor en andel behandles?

Indhold

Indledning	73
1.1. Prævalens i Danmark og i andre lande – hvordan passer Danmark ind i det generelle billede?	74
Konklusioner om prævalensen af mentale helbredsproblemer	74
Evidensgrundlaget for viden om prævalens af mentale helbredsproblemer i den danske befolkning.....	76
Evidensgrundlag for prævalens af mentale helbredsproblemer i andre landes befolkninger	80
Selvmord og medicinforbrug	92
Opsummering og diskussion	93
1.2. Forskelle i prævalens af mentale helbredsproblemer	97
Konklusioner vedrørende evidens for forskelle i prævalensen af mentale helbredsproblemer	97
Evidensgrundlag	97
1.3. Underbehandling af mentale helbredsproblemer	100
Konklusion vedrørende evidens for underbehandling af mentale helbredsproblemer	100
Evidensgrundlag	101
Opsummering	104
1.4. Prognose for mentale helbredsproblemer	105
Referencer	109

Indledning

Forekomsten af mentale helbredsproblemer

Dette kapitel har til formål at klarlægge forekomsten af mentale helbredsproblemer i Danmark og i andre lande. Mentale helbredsproblemer er i stærk stigning, og WHO anså i 2004 depression for at være den største årsag til funktionsnedsættelse, når man måler i år levet med sygdom (WHO 2004). Statens Institut for Folkesundhed anslår, at psykisk sygdom er ansvarlig for 35-45 % af fravær fra arbejde (Statens Institut for Folkesundhed 2007). Statens Institut for Folkesundhed anslår desuden, at ca. 20 % af den danske befolkning i løbet af et år vil have problemer med mental sundhed og have symptomer på en eller flere psykiske sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2008). Dette er baseret på tal fra udenlandske undersøgelser. Stress og psykiske problemer er endvidere årsag til halvdelen af alle tilkendte førtidspensioner (Ankestyrelsen 2009). I Danmark svarede en tredjedel af danskerne i en Gallupundersøgelse foretaget i juli 2009, at de enten havde fået stillet diagnosen depression eller selv mente at have lidt af depression på et tidspunkt i deres liv (Nielsen 2008). Skønt disse tal er behæftet med en vis usikkerhed, er der ikke tvivl om, at psykiske lidelser er særdeles udbredte. Alligevel ved vi fra udenlandske undersøgelser, at personer med mentale helbredsproblemer ikke modtager den samme grad af behandling, som vi ser for mange somatiske sygdomme.

I dette kapitel vil vi først klarlægge omfanget af mentale helbredsproblemer. Dette er ikke undersøgt til bunds i Danmark, og vi har derfor forsøgt at få perspektiv på de danske tal, der findes, ved at sætte dem ind i en international sammenhæng. Dernæst vil vi se på, hvem der får mentale helbredsproblemer. Vi vil herunder undersøge de sociale, køns- og aldersspecifikke forskelle, vi ser i forekomsten af disse problemer. Derefter vil vi forsøge at klarlægge, i hvor høj grad behandlingssystemet tager hånd om de mentale helbredsproblemer. Vi vil her se på, hvor mange der får behandling, om behandlingen er tilstrækkelig, og hvorvidt alle har adgang til behandling. Til sidst vil vi se på konsekvenserne af at have mentale helbredsproblemer. Vi kommer ind på, hvordan livstidsprævalensen forløber, på risikoen for tilbagefald, vedvarende sygdom og mén efter sygdommen. Med andre ord vil vi undersøge prognosen for folk med mentale helbredsproblemer. Vi vil kort komme ind på medicinforbrug, idet behandling med medikamenter udgør en stor del af behandlingen af personer med mentale helbredsproblemer. Endelig vil vi kort berøre selvmord, idet selvmord indimellem kan føles som en udvej for personer med mentale helbredsproblemer.

1.1. Prævalens i Danmark og i andre lande – hvordan passer Danmark ind i det generelle billede?

I dette afsnit undersøger vi, hvilken viden der findes om prævalensen af mentale helbredsproblemer. Det er vigtigt at anslå prævalensen for at kunne vurdere konsekvenserne af mentale helbredsproblemer for arbejdspladserne og for samfundet som helhed, hvor stort behovet er for behandling, og hvor stort behovet er for at forebygge disse konsekvenser. For at vurdere behovet for forebyggelse vil det yderligere være nødvendigt med informationer om incidensen af mentale helbredsproblemer, dvs. hvor mange nye tilfælde af mentale helbredsproblemer der opstår.

Da vores viden om prævalens og incidens af mentale helbredsproblemer i Danmark er begrænset, inddrager vi viden fra befolkningsundersøgelser i andre lande, som vi kan sammenligne os med. Vi har udvalgt studier, der undersøger og sammenligner prævalensen og incidensen i flere lande.

Konklusioner om prævalensen af mentale helbredsproblemer

Der er kun indikationer for niveauet af prævalensen af mentale helbredsproblemer i Danmark. Et skøn over den samlede forekomst af mild, moderat og svær depression er 10 %.

Der er indikation for, at prævalensen af moderat til svær depression er steget i perioden 2003-2006.

Prævalensen af angstlidelser var 7,1 % i 2003. Skønt der har været tidligere målinger, gør metodeforskelle, at det ikke er muligt at udtale sig om tendenser.

For de såkaldte funktionelle/somatoforme lidelser har vi kun en patientundersøgelse fra 2005. Her blev prævalensen estimeret til 35,9 %. Da undersøgelsen blev foretaget i en patientpopulation, må man formode, at niveauet ville være noget lavere i den generelle befolkning. Der er endnu ikke foretaget nogen befolkningsundersøgelser af prævalensen af funktionelle lidelser.

Den samme undersøgelse er også vores eneste kilde til data om comorbiditet. Comorbiditeten var størst for angstlidelers vedkommende, hvor 89 % havde

andre mentale eller somatiske symptomer. Somatoforme lidelser havde en relativt lav comorbiditet på 39,4 %. Samlet set var der en relativt høj grad af comorbiditet, idet omtrent en tredjedel af patienterne med mentale helbredsproblemer havde lidelser fra flere diagnosegrupper. Undersøgelsen bygger som nævnt på en patientpopulation, hvor comorbiditet antageligt er større end i befolkningen som helhed.

Der er ikke entydig evidens for prævalensen i andre landes befolkninger. Forskelle i målemetoder gør det vanskeligt at sammenligne de enkelte befolkningsundersøgelser med hinanden. For moderat og svær depression er prævalensen angivet til mellem 4,1 % og 6,5 %.

For socialfobi ligger prævalensen med en median på 2,3 %. Somatoforme lidelser havde en median på 6,2 %, hvilket er betydeligt lavere end de 35,9 % observeret i den danske patientundersøgelse.

Der er ikke indikation for, at prævalensen af mentale helbredsproblemer er steget.

Der er indikation for, at prævalensen er stigende i yngre aldersgrupper, og at der kan fremkomme en kohorteeffekt på længere sigt.

Der er indikation for, at der forekommer betydelig comorbiditet med mentale helbredsproblemer. De svære tilfælde udgør dog kun omtrent en fjerdedel af de comorbide tilfælde.

Der er indikation for, at den mest hyppige comorbide kombination er angstlidelser og depression.

Der er indikation for, at socialfobi ofte optræder i forbindelse med andre sygdomme.

Der er indikation for, at der også forekommer comorbiditet i forbindelse med somatoforme tilstande, men ikke så hyppigt, som det ses ved depression og angstlidelser.

Der er stærk evidens for, at forbruget af psykofarmaka er stigende både i Danmark og i udlandet. Der er evidens for, at medicin af typen SSRIzhæmmere udgør størstedelen af denne stigning.

Der er indikation for, at årsagen til det stærkt stigende forbrug af psykofarmaka ikke er en stigning i nye tilfælde af mentale helbredsproblemer (incidensen), men derimod en stigning i antallet af langtidsbrugere.

Skønt depression er en betydelig risikofaktor for selvmord, er selvmordsraten faldende i Danmark. Forekomsten af selvmord synes derfor ikke at kunne bruges som en indikator for udviklingen i mentale helbredsproblemer i Danmark.

Evidensgrundlaget for viden om prævalens af mentale helbredsproblemer i den danske befolkning

I Danmark er prævalensen af depression blevet estimeret ved undersøgelser siden 1992 og senest i 2006 (se Tabel 1.1). I 1992 blev forekomsten estimeret til 3,5 % (Groenvold et al. 1999). I 2000 blev der foretaget to målinger, som gav prævalensestimater af Major Depression (dvs. svær og moderat depression samlet set) på henholdsvis 3,3 % (Andersen et al. 2009) og 4,2 % (Olsen et al. 2004). I 2003 blev prævalensen estimeret til at være 3,7 %. (Friis-Hasché E 2009), mens estimatet i 2006 var 5,8 % (Diderichsen 2009). Der synes altså at være en stigning til næsten det dobbelte i prævalensen af svær og moderat depression fra 2003 til 2006.

For mild depression er der foretaget to målinger i 2000, hvor estimaterne var henholdsvis 5,1 % for mænd og 8,8 % for kvinder (Olsen et al. 2004) og 6,5 % for mænd og 8,1 % for kvinder (Andersen et al. 2009).

Hvis vi lægger tallene for svær, moderat og mild depression sammen, når vi et samlet estimat for den danske befolkning på 10%.

For alle målinger fra 2000 og derefter er der anvendt den samme metode til måling af depressive symptomer, nemlig MDI-skalaen med 12 items, som besvares via spørgeskema. Derefter er der anvendt kategorierne fra DSMIV. Således skulle forskelle i metoderne ikke kunne forklare forskellene i estimater. Der er dog tale om nogen forskel i de stikprøver af befolkningen, der er anvendt. Det har ikke været muligt at undersøge, hvilken rolle denne forskel betyder for resultaterne.

For angsttilstande er der foretaget tre målinger, hvor estimatet for prævalens i 1992 var 12,4 % for kvinder, mens den i 2000 og 2003 lå på henholdsvis 7,1 % og 8,8 % for kvinder. For alle var tallet i 2000 5,9 % og i 2003 7,1 %. Der var i de tre tilfælde tale om forskellige metoder, så det er ikke muligt at udtale sig om tendenser til ændringer i prævalensen.

Funktionelle somatoforme lidelser er os bekendt ikke undersøgt i befolkningsbaserede studier i Danmark. Derfor har vi ikke sikre skøn over forekomsten af disse lidelser. Der er foretaget undersøgelser blandt personer, der mødte i almen lægepraksis med et nyt helbredsproblem (Toft et al. 2005). Her blev prævalensen estimeret til 35,9 %, mens estimerterne for affektive lidelser og angsttilstande var henholdsvis 13,5 % og 16,4 %. Samlet set havde omtrent halvdelen af personerne et mentalt helbredsproblem.

Comorbiditet defineres som samtidig eller efterfølgende forekomst af to eller flere specifikke tilstande/lidelser hos den enkelte person. Det kan være comorbiditet med to eller flere mentale lidelser eller comorbide tilstande med en eller flere mentale lidelser og en eller flere somatiske sygdomme. Vi har en formodning om, at mentale helbredsproblemer ofte optræder i forbindelse med andre lidelser, men også her var der kun sparsomme oplysninger om prævalensen i Danmark. I den tidligere nævnte undersøgelse af personer, der mødte i almen lægepraksis (Toft et al. 2005), var comorbiditeten størst for angstlidelsers vedkommende, hvor 89 % havde andre mentale eller somatiske symptomer. Somatoforme lidelser havde en relativt lav comorbiditet på 39,4 %. Samlet set var der en relativt høj grad af comorbiditet, idet omtrent en tredjedel af patienterne med mentale helbredsproblemer havde lidelser fra flere diagnosegrupper. Undersøgelsen bygger som nævnt på en patientpopulation, hvor comorbiditet antageligt er større end i befolkningen som helhed.

På grund af de sparsomme informationer om prævalensen af mentale helbredsproblemer i Danmark har vi valgt at anvende de systematiske oversigter, der er kommet om prævalenser fra alle lande, samt undersøgelser foretaget af WHO, undersøgelser foretaget i europæiske lande samt de nationale undersøgelser foretaget i USA. Undersøgelser fra USA bliver inkluderet, da det er de eneste undersøgelser, der kan vise noget om tendenser i udviklingen over tid.

Tabel 1.1. Undersøgelser af prævalens af mentale helbredsproblemer i den danske befolkning

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Behov, udækket behov	Konklusion
(Groenvold et al. 1999)	1992	At estimere forekomsten af angsttilstand og depression blandt danske kvinder	872 kvinder i en tilfældig stikprøve af danske kvinder	HADS	Angsttilstande 12 % Depression 3,5 % ⁺		
(Olsen et al. 2004)	2000	At estimere 2-ugers prævalens af depression i den danske befolkning og estimere kønsforskelle i major og minor depression og vurdere en række forskellige prædiktorer for depression	Alders- og kønsstratificeret stikprøve med 2.040 danskere	MDI (ICD-10-DSM-IV-kategorisering)	2 ugers Præval MD (ICD-10) K 3,3 % M 3,6 % DSM-IV 3,0 % K 4,0 % M 4,9 % M 3,1 %	Behandling ICD-10 MD 13 % DSM-alle 19 %	
(Olsen et al. 2006)	2000	At præsentere data om angst og mental distress i den danske befolkning og sammenligne med data fra andre lande	Alders- og kønsstratificeret stikprøve med 2.040 danskere	Hopkins symptom checklist Global Scale & subscales Cases (GSI)>63 eller 2+ subscales >62)	Stress K 17,9 % M 17,1 % Angst Alle 5,9 % K 7,1 %		
(Andersen et al. 2009)	2000	At udforske association mellem uddannelse, erhverv, beskæftigelse og indkomst og depression (minor, major depression ordineret antidepressiv medicin)	Dansk tværsnitstudie omfattende 9.254 personer (55 % kvinder, 36-56 år)	MDI DSM-IV algoritme	Major depression prevalence M&K=3,3 % M=3,3 % K=3,4 % minor depression M=6,5 % K=8,1 % antidepressants M 1,9 % K 3,7 %		
Friis-Hasché E, Bech P (in preparation)	2003			MDI (ICD-10 eller DSM-IV?)	Major depression prævalens 3,7 % Angst prævalens Alle 7,9 % K 8,8 %		
Finn Diderichsen	2006		Stikprøve af 40- og 50-årige	MDI DSM-IV algoritme	Major depression prævalens 5,8 %		

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Behov, udækket behov	Konklusion
(Toft et al. 2005)	Marts-april 2000	At undersøge prævalens-comorbiditet af mentale lidelser hos patienter med nyt helbredsproblem i almen lægekonkultation	1.785 fortløbende patienter med nye helbredsproblemer i 28 lægepraksisser	Screening for mentale og somatiske symptomer med SCL-8 og SCL-13.5 % (95 % CI 11.1 – 16.3). Kvinder har højere prævalens af somatoforme lidelser og samlet mentale lidelser end mænd. Mænd havde højere prævalens af hypochondri. Comorbiditet højest for angsttilstande (89 %), lavest for somatoforme lidelser (39 %)	Prævalens af somatoforme lidelser var 35.9 % (95 % CI 30.4 – 41.9), angsttilstande 16.4 % (95 % CI 12.7 – 20.9), affektiv lidelse 13.5 % (95 % CI 11.1 – 16.3). Kvinder har højere prævalens af somatoforme lidelser og samlet mentale lidelser end mænd. Mænd havde højere prævalens af hypochondri. Comorbiditet højest for angsttilstande (89 %), lavest for somatoforme lidelser (39 %)		Disse tilstande er meget prævalente i primærsektor, og der er de ofte forbundet med andre tilstande. Mens somatoforme lidelser dog oftere eksisterer uden end med andre mentale lidelser

Evidensgrundlag for prævalens af mentale helbredsproblemer i andre landes befolkninger

Det første systematiske review sammenfatter resultaterne om affektive lidelser fra 18 prævalensstudier og fem incidensstudier foretaget i stikprøver fra generelle befolkninger i flere lande (Waraich et al. 2004). Der blev fundet en betydelig variation i både prævalens og incidens mellem landene. Den samlede prævalens af affektive lidelser lå mellem 4,3 % og 11,3 %, hvor det bedste bud er 7,5 %. Svær og moderat depression (major depression) udgjorde den største del af de affektive lidelser, hvor det bedste skøn her er 4,1 % (se Tabel 1.2).

Som sagt var der en betydelig variation. Ved nærmere betragtning var prævalensen i europæiske lande omtrent tre gange så høj som i andre lande. Omvendt havde asiatiske lande en prævalens, der kun udgjorde omtrent en syvendedel af de øvrige landes. Yderligere viste det sig, at de studier, der anvendte DSM-diagnosekriterier, fandt frem til et højere estimat end de studier, der anvendte andre diagnosesystemer.

Livstidsprævalensen for major depression blev samlet set skønnet til at være 6,9 %. Og etårsincidensen af major depression blev skønnet til at være 2,9 %. Estimaterne for livstidsprævalensen forekommer lidt lavt sammenlignet med etårsincidensen. En mulig forklaring på det er, at mennesker kan have vanskeligheder med at huske, at de tidligere har haft mentale helbredsproblemer. I så fald vil man overvurdere etårsincidensen af depression, idet nogle af de nye tilfælde, der oplyses om, i virkeligheden er gentagne helbredsproblemer fra tidligere.

Som nævnt spiller metodeforskelle og metodeproblemer en rolle for forskellene mellem de forskellige undersøgelser. Der kan være forskelle i, hvorledes stikprøverne foretages i de enkelte undersøgelser. Der kan være forskelle i, hvorledes der indsamles informationer fra personerne ved hjælp af spørgeskema eller interviews. Der kan være forskelle i interviewenes format, udformningen af spørgsmål, samt hvilket diagnosekategorisystem der anvendes i den enkelte undersøgelse. Ydermere kan der være forskelle i, hvor godt og sikkert personer husker tidligere symptomer, og i deres forståelse af spørgsmålene og måde at svare på. Disse velkendte metodemæssige forskelle spiller alle en rolle for størrelsen af de skøn, der foretages om både prævalens og incidens. Problemet er imidlertid, at der ofte savnes eller er mangelfulde analyser af, hvor meget forskellene påvirker resultaterne.

Selv efter at der er kontrolleret for forskelle i metode og svartendenser, kan der være forskelle tilbage, som kan føres tilbage til mere substantielle forskelle mellem de befolkningsgrupper, der undersøges.

Det næstfølgende systematiske review (Wittchen & Jacobi 2005) sammenfatter resultaterne for angsttilstande, affektive (depressive) tilstande, somatoforme lidelser, misbrugsproblemer og spiseforstyrrelser samt psykotiske tilstande fra 27 tilgængelige befolkningsundersøgelser foretaget i 16 europæiske lande i perioden 1979-2002.

De tre mest prævalente etårsdiagnoser blandt personer i alderen 18-65 år var major depression (6,9 %), angsttilstande (12 %) og somatoforme lidelser (6,3 %). Prævalensen af mindst én af de nævnte diagnoser var 27,4 %.

For så vidt angår depression, var der i de 12 befolkningsundersøgelser en relativt tæt samling omkring det mediane skøn på 6,5 % (IQR¹ 4,8-8,8 %, 12 studier). For nogle af de øvrige tilstande var der en større spredning mellem de forskellige undersøgelser. Fx var det mediane skøn for socialfobi 2,3 % med en IQR på 1,1-4,8 % (11 studier), og for somatoforme lidelser var det mediane skøn 6,2 % med en IQR på 2,1-7,8 % (syv studier).

¹ IQR = Inter Quartil Range (afstand mellem 25 og 75 percentil)

Tabel 1.2. Undersøgelser der sammenligner prævalens af mentale helbredsproblemer i flere lande

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens/Incidens	Behov, udlækket behov	Konklusion
Waraich 2004	Systematisk review 1980-2000	At undersøge prævalens og incidens af affektive lidelser i både befolkninger og i primær sektor	Befolkningsundersøgelser 18 prævalensstudier og 5 incidensstudier	Forskellige metoder	etårsprævalens/livstidsprævalens MD 4,1 % /6,9 % Dysthymi 2,0 % /3,6 % etårsincidens MD 2,9 %		
Wittchen et al. 2005.	1979-2004	Systematisk review af tilgængelige data indsamlet i Europa om prævalens og behandling af mentale lidelser indsamlet i Europa	Bel, DK, Engl. Finl. Holl. Isl. It. Nor. Sch. Sp. Sv. Tjekk. Tysk. Ung.	12-mdr. prævalens-estimer	12-mdr. prævalens, median, interkvartile spænd: Depression 6,8 (4,8-8,0). Bipolar disorder 0,9 (0,5-0,9) Panic disorder 1,8 (0,7-2,2) Agorafobi 1,3 (0,7-2,0) Socialfobi 2,3 (1,1-4,8) GAD 1,7 (0,8-2,2) Specific phobias 6,4 (3,4-7,6) OCD 0,7 (0,5-1,1) Somatoforme lid. 6,3 (2,1-7,8) 1 eller flere 27,4 % Heraf 2 eller flere 32 %	13-20 % af alle tilfælde modtager behandling 25,7 % af alle tilfælde lægekonsultation i seneste måned. Co-morbiditet (40 %), mood disorders (36,5 %). Medicinsk behandling hyppigste behandlingsmetode	
Demyttenaere et al. 2004	2001-03	At estimere prævalens, sværhedsgrad og behandling af DSM-IV-mentale lidelser i 14 lande (6 udviklingslande, 8 udviklede lande) (WMH Survey)	Interviewundersøgelse af 60.463 voksne i 14 lande i Afrika, Asien, Amerika, Europa og Mellemøsten	DSM-IV-lidelser, sværhedsgrad og behandling vurderet med CIDI	Prævalens af at have mindst én DSM-IV-lidelse i seneste år var: 4,3 % til 26,4 %, IQR 9,1 % - 16,9 %. Mellem 33,1 % og 80,9 % af 12-mdr.-cases var milde (IQR, 40,2 % - 53,3 %)	Andel der ingen behandling modtog i seneste år 35,5 % - 50,3 % af alvorlige cases i udviklede lande /76,3%-85,4 % i udviklingslande	Reallokering af behandlingsressourcer kunne reducere problem med udlækkede behov for behandling af mental lidelse blandt de svære cases

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens/Incidens	Behov, udækket behov	Konklusion
(Kessler et al. 2009b)	1990-92 2001-03	At undersøge prævalens, fordeling, byrde, og udækket behov for behandling af udbredte mentale lidelser	Repræsentative befolkningsstikprøver i 28 lande over hele verden, resultater fra de første 17 lande	DSM-IV tilstande omfattende angst- affektive- ekstermaliserende og misbrugstilstande	Livstids-prævalens-estimat M/IQR 18,1-36,1 %. 12-mdr.-prævalens estimat M/IQR 13,4 %/ 9,8-19,1 %. 12 mdr. svar mental lidelse IQR 4-6,8 % i halvdelen af landene, 2,3-3,6 % i en fjerdedel og 0,8-1,9 % i en fjerdedel af landene. Mange mentale lidelser begyndte i barn- og ungdom og havde betydelige effekter på rolleskift. Voksnes mentale lidelser er associeret med store rollefunktionsreduktioner	Behov, udækket behov	Mentale lidelser er udbredte og ofte alvorligt reducerende på funktioner. Udvidelse af behandling vil være omkostningseffektive for arbejdsgiver og for samfundet
(Kessler et al. 2005b)	1990-92 2001-03	At undersøge nationale tendenser til ændringer i prævalens eller rate af behandling af mentale lidelser	18-54-årige NCS 5,388 interviews NCS-R 4,319 interviews	DSM-IV-kategorier. Behandlingskategorier psykiatrisk behandling, andre mentale helbredsbehandlinger, almen lægebehandling, social behandling, alternativ behandling	Prævalensen af mentale lidelser ikke ændret i tiåret 29,4 % (1990-92) og 30,5 % (2001-03), men raten af behandlede steg 2001-03 32,9 % Alle 1990-92 12,2 % 2001-03 20,1 % Kun omtrent halvdelen af dem, der modtog behandling, havde en mental lidelse, der opfyldte diagnostiske kriterier for mental lidelse	Modtog behandling Klienter med mental lidelse 1990-92 20,3 % 2001-03 32,9 % Alle 1990-92 12,2 % 2001-03 20,1 % Kun omtrent halvdelen af dem, der modtog behandling, havde en mental lidelse, der opfyldte diagnostiske kriterier for mental lidelse	Trods øgning i andel af behandling modtog de fleste med mentale lidelser ikke behandling. Fortsat behov for informationer om effektivitet af behandling for at forøge anvendelse af effektiv behandling
(Heimberg et al. 2000)	1990-92	Findes der en kohorteffekt, der kendetegner socialfobi og underkategorier heraf	15-54-årige fra et nationalt sample i USA 1990-92	face-to-face interviews, CIDI	Livstidsprævalens 1966-75 1,9* 1965-65 1,4* 1946-55 1,2 1936-45 1	.	Kohorte-effekt i de to yngste aldersgrupper sammenlignet med den ældste gruppe

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens/Incidens	Behov, udækket behov	Konklusion
Richter 2001	1950-	At undersøge, om der findes en tendens til stigning i prævalens af mentale helbredsproblemer	44 populationsstudier, heraf 15 studier af udvikling i prævalens hos voksne	Symptomskalaer, diagnosekategorier	7 prævalens-studier 3 incidens-studier 5 symptom-studier Inkonsistente resultater		Hverken i almene mentale helbredsproblemer eller specifikke lidelser findes nogen entydig tendens til stigende prævalens

Fra det store WHO World Mental Health-studie er der kommet to sammenfatninger af resultaterne for prævalens. I den første oversigt over resultaterne fra de første 14 lande (Demyttenaere et al. 2004a) var der en stor variation mellem landene. For så vidt angår etårsprævalens af mindst én tilstand i diagnoserne fra DSM-diagnosesystemet sås en variation fra 4,3 % i Shanghai til 26,4 % i USA. Af disse var gennemsnitligt 40 % milde og de resterende 60 % svære eller moderate.

I det seneste review af resultaterne fra i alt 17 lande (Kessler et al. 2009a) lå estimaterne for at have mindst én diagnosticeret mental lidelse mellem 10 % og 19 % (interkvartilspændvidden, hvor de 25 % laveste og 25 % højeste estimater tages ud). Angsttilstande er også her de hyppigst udbredte med en median på 8,3 % , og depressive tilstande de næstmest udbredte med en median på 5,1 % .

Ændringer i prævalens og incidens over tid.

Det har været diskuteret, om der er sket nogen ændring i prævalensen og incidensen over tid. For at besvare dette spørgsmål kræves der gentagne undersøgelser med de samme metoder samt longitudinelle undersøgelser. Der er hidtil kun foretaget få undersøgelser, der opfylder disse krav.

Til at belyse ændringerne i prævalens over tid synes de amerikanske studier NCS og NCS-R at være de mest valide (Kessler et al. 2005b). Her viste sig en ændring fra 1990-92 til 2001-03 i prævalensen af at have mindst én diagnose fra 29,4 % til 30,5 %, som var en ikke-signifikant forskel. Samme undersøgelse viste, at andelen af de personer med diagnosticerede mentale lidelser, der havde modtaget behandling inden for det seneste år, var steget fra omtrent 12 % til 20 %. Det er tænkeligt, at den øgede behandlingsindsats har kunnet bidrage til at forhindre en stigning i prævalensen.

Der er blevet foretaget målinger af prævalens af mentale helbredsproblemer i befolkningsundersøgelser siden ca. 1950. Et systematisk review af 44 af disse befolkningsundersøgelser har ikke vist nogen entydig tendens til stigning i prævalensen eller incidensen i de 50 år mellem 1950-2000 (Richter et al. 2008).

En undersøgelse (Heimberg et al. 2000) tyder på, at der er sket en stigning i livstidsprævalensen for yngre aldersgrupper sammenlignet med ældre grupper. Anvendelsen i denne undersøgelse af retrospektive informationer om debutalder for socialfobi gør det muligt at estimere af nogle overlevelseskurver, hvor man senere kan analysere, om der er tale om en kohorteeffekt. Undersøgelsen viser, at der er tale om en kohorteeffekt, hvor den yngste aldersgruppe

født i 1966-75 har en livstidsprævalens, der er omtrent dobbelt så høj som de personer, der blev født i 1936-45.

Incidens af mentale helbredsproblemer

Hovedparten af studier af forekomst af mentale helbredsproblemer har været prævalensstudier, dvs. studier af, hvor stor en andel af befolkningen der har de pågældende problemer inden for en periode. Omvendt er incidensstudier, dvs. hvor ofte nye tilfælde forekommer i en befolkning. Mens prævalensstudier har betydning for at undersøge konsekvenserne af mentale helbredsproblemer, er det nødvendigt med incidensstudier for at undersøge forebyggelse. Incidensstudier skal generelt være longitudinelle studier, hvor man ved baseline undersøger en population, udelukker personer, der enten aktuelt har eller tidligere har haft de pågældende mentale helbredsproblemer, man er interesseret i at undersøge, og derefter undersøger, hvor mange nye tilfælde der opstår i løbet af en periode.

De fleste incidensstudier har fokuseret på depression. Vi har identificeret seks incidensstudier foretaget siden 1980 med opfølgningsperioder på mellem ét år og seks år. Disse studier viste etårsincidens af major depression (moderat til svær depression) på 1,59 % i et studie i USA (Eaton et al. 1989) og 2,79 % i Canada (Newman & Bland 1998). Etårsincidensen af major depression (DSM-III diagnose) var 2,72 % i Holland (Bijl et al. 2002; de Graaf R. et al. 2002) og 2,05 % (ICD-10-diagnose) i Finland (Lehtinen et al. 2005). I et senere incidensstudie blev der fundet en etårsincidens af major depression på 1,51 % / personår og af en eller anden depressiv lidelse på 2,21 % / personår (Grant et al. 2009). I et andet senere incidensstudie fra Canada fandt man frem til en etårsincidens på 2,9 % / personår. Incidensen var højest i den yngste gruppe 18-25 år på 4,3 % / personår (Wang et al. 2009).

Prævalens af comorbiditet

Flere af de allerede nævnte undersøgelser viser en relativt høj forekomst af comorbiditet. I det følgende ses der på comorbiditet med andre psykiske lidelser, men ikke på comorbiditet med misbrug eller somatiske tilstande. Hele 46 % af deltagerne med en mental diagnose i den amerikanske undersøgelse i 2001-03 har to eller flere diagnoser. Omtrent 7 % af hele populationen havde forskellige typer af svære comorbide tilstande. Dvs. at selvom mentale helbredsproblemer er vidt udbredte i befolkningen, er de svære tilfælde af comorbiditet begrænset til omtrent en fjerdedel af alle med mentale helbredsproblemer.

De mest udbredte comorbide tilstande synes at være kombinationen mellem depression og angsttilstande. I en undersøgelse (Kessler et al. 1996) viste det

sig, at omtrent 70 % af de personer, der har både livstidsmajor og minordepressionstilstande, tillige havde en anden mental lidelse. Den depressive lidelse var i flertallet af tilfældene tidsmæssigt sekundær til den anden lidelse. I den longitudinelle analyse viste det sig, at begge mentale lidelser ved baseline prædikterede den anden mentale lidelse ved opfølgning omtrent 10 år senere. Associationen mellem angsttilstande og affektive tilstande viser sig at være konsistent fra land til land i den europæiske undersøgelse i 14 lande (Alonso et al. 2004).

En særlig interesse er rettet mod socialfobi. Prævalensen af denne mentale lidelse er estimeret til mellem 2,2 % (Fehm et al. 2005) og 4,8 % (Acarturk et al. 2008a). Socialfobi har en typisk debutalder mellem 16 og 19 år og en varighed mellem 14 og 19 år. Denne lidelse synes hyppigt at have et kronisk forløb, og omtrent 2/3 har en comorbid lidelse. Også personer, der har symptomer på socialfobi, men ikke tilstrækkeligt til at opfylde de diagnostiske kriterier, er associeret med hyppig comorbiditet. Et tidligere review af undersøgelser af socialangst (Wittchen et al. 2003) viste, at socialangst hyppigere er associeret med andre angsttilstande og depressive tilstande og misbrug. Når der er medregnet subtærskelcases, har denne lidelse ofte et kronisk forløb, og lidelsen kan have store, negative konsekvenser for funktionsevnen inden for flere livsområder. I en mere detaljeret undersøgelse af forskellige typer af socialangst (Ruscio et al. 2008) viste det sig, at der fandtes en fælles latent faktor bag de forskellige præstationsrelaterede og relationsorienterede symptomer, samt at jo flere forskellige sociale situationer en person frygtede, des hyppigere forekom der comorbide lidelser og konsekvenser i form af reduktion af funktionsevnen inden for forskellige livsområder.

De somatoforme lidelser (funktionelle lidelser) er ofte comorbide, men mindre hyppigt end comorbid angst og depression. De to systematiske reviews og metaanalyser viser, at der for nogle somatoforme funktionelle lidelser fandtes en betydelig samtidig forekomst af angst og depression.

Også mellem mentale lidelser og somatiske sygdomme er der fundet en ofte betydelig comorbiditet. I WHM-studiet, der omfatter undersøgelser i 18 lande (Scott et al. 2009), har man analyseret, hvorledes mentale og somatiske lidelser og deres comorbiditet er forbundet med reduktioner i funktionsevnen. Risikoen for alvorlig reduktion af funktionsevne blandt personer med både mentale lidelser og fysiske lidelser var større end summen af risici forbundet med de enkelte lidelser. Mentale lidelser var oftere forbundet med svær reduktion af funktionsevnen end de kroniske fysiske lidelser. Analysen af den samlede effekt af mentale og somatiske tilstande på risikoen for alvorlig funktionsreduktion viser, at comorbiditet udøver moderate synergieffekter.

Tabel 1.3. Undersøgelser der sammenligner prævalens af comorbiditet af mentale helbredsproblemer

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Konklusion
(Kessler et al. 2005a)	2001-03	At estimere 12-mdr.-prævalens, alvorlighed og comorbiditet af DSM-IV angsttilstande, affektive lidelser, impuls-, kontrol- og misbrugs-tilstande i USA	Nationalt repræsentativ undersøgelse: US NCS-R, 19.282 deltagere	WHO-CIDI DSM-IV diagnose-kategorier	12-mdr.-prævalens-estimer: Angst-tilstande 18,1 % Affektive lidelser 9,5 % impulse control prob 8,9 % misbrugsproblemer 3,8 % mindst én lidelse 26,2 % Af 12-mdr.-cases svære 22,3 % moderate 37,3 % milde 40,4 % enkelt diagnose 54 % 2 diagnoser 22 % 3 eller flere diagnoser 23 % Fundet 7 tilstandsklasser, hvoraf 3 højt comorbide klasser udgør 7 % af populationen	Selvom mentale helbredsproblemer er vidt udbredte, er svære cases koncentreret blandt en relativt lille andel af cases med høj comorbiditet
Alonso et al 2004		At undersøge comorbiditets-mønstre af 12-mdr.-affektive-, angsttilstande, alkoholmisbrug samt sociodemografiske faktorer relateret til comorbiditet i generelle befolkninger	ESEMEd tværsnitstudie af stikprøve af voksne (18 år eller ældre) i 6 europæiske lande 21.425 gennemførte interviews	WMH-CIDI		Høje niveauer af comorbiditet er fundet i den generelle befolkning. Comorbiditet er mere almindelig i specifikke grupper. For at reducere byrden af mentale lidelser er det nødvendigt med tidlig intervention blandt personer med en primær lidelse for at forebygge comorbiditet
(Fehm et al. 2005)		At sammenfatte viden om prævalens af socialfobi i europæiske lande, de associerede reduktioner af arbejdsevne og byrde samt de kliniske faktorer og risikofaktorer relateret til socialfobi	21 befolkningsstudier og 2 studier fra den primære sektor	DSM-III-R og DSM-IV kriterier	Median livstids- 12-mdr.-prævalens af socialfobi i befolknings-stikprøverne var 6,65 % og 2,0 %. Yngre personer viste højeste andele, og kvinder var hyppigere end mænd. Socialfobi var en vedvarende tilstand med høje grader af comorbiditet og reduceret funktion	

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Konklusion
(Fehm et al. 2008)		At undersøge prævalens af subitær angst-manifestation af social angst-tilstande (SAD) samt comorbiditet og funktionsnedsættelse	4.174 voksne i German Health Survey (GHS) and its Mental Health Supplement (GHS-MHS)	Social angst-tilstande CIDI og DSM-IV Subitærskel og symptomatisk socialangst (ét kriterium mangler/to eller flere kriterier mangler)	12-mdr prævalens rate for SAD 2,0 %, subitærhold and symptomatisk social angst 3,0 and 7,5 % SAD var forbundet med forøget risiko for comorbid lidelse og associeret med funktionsnedsættelse i flere livsområder. Gælder også for subitærhold social angst, som også var associeret med højere comorbiditet og større funktionsnedsættelse end kontrolgruppen	Resultaterne lyder på, at social angst under de diagnostiske grænser er klart associeret med uønskede outcomes. Prospektive undersøgelser er nødvendige for at undersøge den eksakte tidsmæssige og de mulige kausale veje til disse byrder for at udforme prævention og tidlige interventions-programmer
(Acarturk et al. 2008b)		Befolkningsbaserede data anvendt til at undersøge association mellem socialfobi og comorbiditet, livskvalitet og anvendelse af behandling	Data fra NES, MESIS, N=7.076	Socialfobi vurderer med CIDI, DSM-III-R, livskvalitet med SF-36	12-mdr-prævalens 4,8 %. At være kvinde, ung, lavt uddannet, enlig forælder, leve alene, ikke at have et job og at have en somatisk lidelse var associeret med socialfobi. Gns. og median debutalder 19,1 og 16,0 år. Gns. og median varighed 16,8 and 14,0 år. 66 % af personer med socialfobi mindst en comorbid lidelse. Socialfobi forbundet med lav livskvalitet og flere lægesøg Jo mere social frygt, jo mere comorbiditet og brug af sundhedsydelser, og jo lavere livskvalitet	Jo flere sociale situationer der frygtes, jo større er byrden
(Wittchen & Fehm 2003)		At sammenfatte epidemiologiske studier med data om prævalens, incidens, comorbiditet, naturligt forløb, risikofaktorer og konsekvenser af socialfobi	Data fra tværsnits-studier og prospektive studier		Starter typisk i tidlig pubertet og er i høj grad comorbid med andre angst-tilstande og efterfølgende depression og misbrug. Socialfobi er en kronisk tilstand sammenlignet med andre mentale tilstande, og når subkliniske symptom-niveauer medregnes. Negative virkninger på livskvalitet og social rollefunktion ofte i hele livsforløbet	Betydelige direkte og indirekte omkostninger (behandling, reduceret arbejdsevne og sociale udgifter) Nødvendiggør forbedringer i behandling og forebyggende intervention

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Konklusion
(Ruscio et al. 2008)	2001-2003	At undersøge mulige subtyper af socialfobi, funktionsreduktioner og søgning af behandling	NCS-R	WHO CIDI til vurdering af 14 præstations- og relationsfrygt DSM-IV socialfobi-kriterier.	Livstids- og 12-mdr.-prævalens af socialfobi 12,1 % og 7,1 % Præstations- og relationsfrygt udgør en latent faktor, og der er lav evidens for adskilte subtyper baseret på indhold eller antal af frygtssymptomer. Socialfobi er associeret betydelig psykiatrisk comorbiditet, rollefunktions-reduktion og behandlings-søgning, alle med dosis-responserelation til antallet af sociale frygtssymptomer	Socialfobi er en udbredt, underbehandlet lidelse, der fører til betydelige funktionsreduktioner. Jo større antal af sociale frygtssymptomer, jo mere alvorlige konsekvenser af lidelsen
(Hemmingsen et al. 2003)	1980-2001	At sammenfatte i meta-analyse-associationen mellem medicinsk uforklarede fysiske symptomer, angst og depression	244 foretaget i primær sektor, specialiserede somatiske, psykiatriske afdelinger, befolkningsstudier I alt 18.690 deltagere			Meta-analyse viser, at de 4 funktionelle somatiske syndromer (IBS, NUD, FM, CFS) er relateret til depression og angst. Der er begrænset evidens for den samme association med medicinsk uforklarede fysiske symptomer generelt
Lieb R (Lieb et al. 2007)		At sammenfatte den tilgængelige epidemiologiske viden om somatoforme lidelsers association med angst og depression			I kliniske og befolkningsbaserede studier er der fundet en betydelig coeksistens af nogle typer af somatoforme lidelser og smertetilstande og angst og depression	Disse fund kan tyde på enten en kausal relation mellem disse tilstande, eller at de deler nogle fælles ætiologiske faktorer

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Konklusion
Scott KM 2009		Om naturen af mentale og fysiske lidelsers samlede association med reduktion af funktionsevne	18 befolkningsundersøgelser i WMH-Survey (n=42.697).	DSM-IV tilstande vurderet med CIDI 3.0) Kroniske fysiske lidelser vurderet med standard tjekliste. Alvorlig reduktion af funktionsevne defineret ved 90 % af WHODAS-II	Risikoen for alvorlig reduktion af funktionsevne blandt dem med både mentale lidelser og hver af de fysiske lidelser var større end summen af risici forbundet med de enkelte lidelser. Mentale lidelser var oftere forbundet med svær reduktion af funktion end de kroniske fysiske lidelser	Denne undersøgelse af den samlede effekt af mentale og somatiske tilstande på risikoen for alvorlig funktionsreduktion viser, at comorbiditet udøver moderate synergief effekter. I behandling må både mentale og somatiske tilstande gives ligelig prioritet, for at comorbiditeten kan blive adækvat behandlet og funktionsreduktionen reduceret
Forkortelser: MD AD SD GAD=generalized anxiety disorder OCD k M Bel, DK, Engl. Finl. Holl. Isl. It. Nor. Sch. Sp. Sv. Tjek. Tysk. Ung. CIDI= WHO Composite International Diagnostic Interview, et struktureret, lægperson-administreret psykiatrisk diagnostisk interview WMH = WHO World Mental Health Survey QIDS-SR=Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report SDS=the Sheehan Disability Scale WHO-DAS=WHO disability assessment scale WHO-WMH=World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative WE= Western European countries ESEMED European Study of the Epidemiology of Mental Disorders NeMeHSIS-Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study NCS=National Comorbidity Survey NCS-R=National Comorbidity Survey Replication SF-36=Short-Form-36 Health Survey IQRe= inter-quartile range DIS-LCI=Diagnostic Interview Schedule and Life Chart Interview Med=median M/IQR=Median/Interkvartil-Range						

Selv mord og medicinforbrug

I 2006 begik 655 personer i Danmark selvmord, hvilket svarer til 1,2 % af de 55.802 dødsfald det år (Danmarks Statistik, Statistikbanken). Det er mere end dobbelt så mange, som blev slået ihjel i trafikken i 2006, nemlig 306 (Vejdirektoratet 2007). For unge mænd og kvinder er selvmord årsag til ca. hvert syvende dødsfald i aldersgruppen 20-39 år. Depression er en alvorlig risikofaktor for selvmordsforsøg. I perioden 1995-2004 blev der årligt registreret mellem 1.600 og 2.000 henvendelser til skadestuen for mænd, og mellem 1.700 og 2.400 for kvinder (SIF, Folkesundhedsrapporten 2007). Forekomsten af selvmordsforsøg er uændret blandt mænd, men stigende for yngre kvinder.

Medicinforbrug

Der findes i dag en lang række psykofarmaka på markedet. Forbruget af psykofarmaka er stigende. Der er foretaget en engelsk undersøgelse af udskrivningen af recepter på antidepressiv medicin i perioden 1975-1998, hvor det viser sig, at det totale forbrug er fordoblet i perioden (Middleton et al. 2001). Der ses en stigning i alle aldersgrupper og for begge køn. Når man undtager aldersgruppen 12-19-årige, var denne stigning mere markant i alle aldersgrupper for mænd end for kvinder. Der bliver dog stadig udskrevet mere antidepressiv medicin til kvinder end til mænd. Dette er konsistent med en lang række andre undersøgelser, hvor kvinder synes mere påvirket af mentale helbredsproblemer end mænd. Medicin af typen SSRI (selektive serotoningenoptyagshæmmere, populært kaldet "lykkepiller") kom på markedet i 1987, og særligt efter 1994 sås en brat stigning af antallet af udskrevne recepter på denne type medicin. Ikke desto mindre var der også en jævn stigning i tricyklisk antidepressiv medicin, og forbruget af de to typer af medicin lå på nøjagtig samme niveau ved undersøgelsens slutning i 1998, ca. 11 mio. recepter. Medicin af typen MAO-hæmmere, andre antidepressive midler og litiumpræparater lå jævnt på ca. 1,5 mio. recepter om året gennem hele perioden. Man kan spekulere over, hvad der er årsagen til det stigende forbrug af antidepressiva – er det flere tilfælde af depression, er det mere finmasket diagnosticering, eller fordi man nu udskriver mere medicin for at gennemføre en succesfuld behandling?

En artikel i BMJ (Moore et al. 2009) slog fast, at størstedelen af den udskrevne antidepressive medicin i perioden 1993-2005 blev givet til mennesker med flere depressive episoder eller til folk med svære depressioner, der kræver større doser og længere behandling. Skønt der var en mindre stigning i antallet af nye tilfælde, er det usandsynligt, at stigningen i forbruget af antidepressiv medicin skyldes nye måder at diagnosticere på, længere behandlingstid ved første depression eller ændringer i definitionen af depression.

I Danmark steg antallet af brugere af antidepressiva med 120 % i perioden 1994 til 2003. Fra 2005 til 2006 steg forbruget af SSRI-medicin med 8 % (note <http://www.apotekerforeningen.dk/pdf/Medicinsalg2006.pdf>). Der er flere mulige forklaringer på dette fænomen: Prævalensen af depression kan være steget, en større mængde medicin kan have vist sig at være nødvendig for at behandle (fx ved flere alvorlige tilfælde af depression), eller flere kan have modtaget behandling, som ikke har haft brug for behandlingen. En anden forklaring kan også være udviklingen i de psykofarmaka, der er på markedet. Bedre og mere effektiv medicinsk behandling med færre bivirkninger kan have indflydelse på, hvor mange patienter der bliver tilbudt og tager imod medicinsk behandling. I en undersøgelse af medicinforbruget i 2004 ses det endvidere, at forbruget af psykofarmaka (herunder sovemedicin, antidepressiva, antipsykotisk medicin) hænger sammen med uddannelsesniveau og indkomst, således at det største forbrug fandtes blandt de lavest uddannede og de lavest lønnede, og derefter var gradvist faldende i takt med stigning i uddannelsesniveau og lønindkomst (Rapport fra AE). AE synes dog ikke at have taget højde for, at SSRI-præparaterne også udskrives til andre helbredsproblemer end netop depression.

Omsætningen i sove- og nervemedicin er på et niveau, der svarer til, at 6 % af befolkningen kunne være i behandling hver dag året rundt. Et stort antal mennesker i Danmark er afhængige af sove- og nervemedicin. Et forsigtigt skøn i en undersøgelse i Lægemiddelforskning anslår dette tal til ca. 100.000 personer. De interviewede var typisk afhængige af benzodiazepinpræparater og havde oplevet udbredt mangel på viden om nedtrapning i sundhedssystemet. Abstinenser efter medicinen kan forekomme i flere år, efter at man har stoppet forbruget.

Opsummering og diskussion

Om prævalens. Prævalensen af personer med mindst én mental lidelse i de lande, som ligner Danmark mest (de europæiske lande), er på gennemsnitligt 27 %. Anvender vi skønnet fra et af de øvrige systematiske reviews over, hvorledes fordelingen er af henholdsvis svære, moderate og milde lidelser, når vi frem til et samlet skøn for svære og moderate mentale lidelser på samlet set 60 % af de 27 %, dvs. 16 %, mens 11 % har en lettere mental lidelse. Der tales her om alle mentale lidelser.

De hyppigste mentale lidelser er depression med en skønnet prævalens på omtrent 7 %, specifikke fobier med en skønnet prævalens på 7 % og somato-

forme lidelser (funktionelle lidelser) på omtrent 6 %. For flere af de mentale lidelser fandtes relativt stor variation i skønnet over prævalensen. I flere tilfælde kunne en større andel af variationen forklares ved, at der blev anvendt forskellige metoder til indsamling af informationer og forskellige definitioner af tilstandene. Fx var der forskel på, hvor mange forskellige sociale situationer der blev spurgt til, når man undersøgte socialfobi. Desværre giver de analyser, der findes, ikke et særligt sikkert grundlag for at konkludere om, hvor stor en del af variationen, der kan forklares af sådanne metodemæssige forskelle. Om incidens. Der er kun foretaget få undersøgelser af incidensen af mentale helbredsproblemer, og resultaterne synes at være meget usikre og varierende fra undersøgelse til undersøgelse. I et systematisk review (Waraich et al. 2004) gives der et skøn for etårsincidensen for major depression på 2,9 %. Som nævnt er dette skøn usikkert og antageligt for højt, da det bl.a. er afhængigt af, hvor godt personer i undersøgelsen husker. Øvrige undersøgelser opnår meget varierende resultater. I en hollandsk undersøgelse var incidensraten 1,7 % for mænd og 3,9 % for kvinder (Bijl et al. 2002), hvilket ligger på samme niveau som det nævnte systematiske review. I et andet kendt incidensstudie foretaget i Sverige gennem mere end 50 år (Mattisson et al. 2005) var det opnåede resultat meget mindre og lå på 0,28 % for mænd og 0,35 % for kvinder. I alle seks studier foretaget efter 1980 viser sig en etårsincidens på mellem 1,6 og 2,9 %/personår. Dette incidenstal ligger noget over tallene fra tidligere studier.

Om ændringer over tid i prævalens og incidens

Der er kun foretaget få undersøgelser, der gør det muligt at fortolke, i hvilket omfang de fundne stigninger er udtryk for reelle stigninger eller kan henføres til forskelle i undersøgelsesmetoderne. Den største undersøgelse af prævalensen, hvor man har kunnet kontrollere for ændringer i undersøgelsesmetoder (Kessler et al. 2005b), tyder på, at der ikke har fundet nogen stigning sted. Den seneste danske undersøgelse kunne tyde på, at der er sket en stigning i prævalensen i Danmark (Diderichsen 2009). Dog må en sådan fortolkning nok tages med forbehold.

Tidligere har nogle forskere (Klerman & Weissman 1989) fremlagt den formodning, at incidensen af depression var steget efter afslutningen af Anden Verdenskrig. Andre undersøgelser tyder dog på, at der ikke er sket nogen stigning i incidensen af depression inden for de seneste 50 år (Mattisson et al. 2005): Denne undersøgelse tyder modsat på, at der er sket et fald i incidensen for kvinder (25-års-incidens fra 35,7 % til 30,7 %).

Andre forskere har fremført den hypotese, at livstidsprævalensen hos yngre grupper var større end hos ældre grupper, hvilket fører til en såkaldt kohor-

teeffekt. Hvis incidensen ikke har ændret sig i de yngre aldersgrupper over tid, måtte man forvente, at livstidsprævalensen hos ældre grupper aktuelt skulle være højere end hos yngre grupper. Den mulige fortolkning kunne da være, at incidensen i de yngre aldersgrupper er steget over tid. Denne fortolkning må dog siges at være noget usikker, da der kunne være tale om, at nogle af de ældre ganske enkelt har glemt, at de tidligere har haft mentale helbredsproblemer, hvilket kunne forklare, at deres livstidsprævalens tilsyneladende ikke er så meget højere end yngre aldersgrupper. Sammenligner man de incidensstudier, der er foretaget siden 1980, med de tidligere, tyder det på, at der er en stigende incidens især i yngre aldersgrupper, men denne tendens har ikke vist sig som en tendens til stigning i prævalensen. En mulig tolkning her kunne være, at der er sket en forkortelse af den gennemsnitlige længde af episoder af depression som følge af en stigende behandlingsindsats.

Undersøgelser af socialfobi kunne tyde på, at der er en kohorteeffekt, således at livstidsprævalensen af socialfobi er ved at blive meget højere blandt yngre aldersgrupper, end den var i grupper, der er født tidligere (Heimberg et al. 2000).

Om comorbiditet

Der synes nu at være evidens for en betydelig comorbiditet mellem depression og angsttilstande og mellem flere mentale lidelser og kroniske somatiske lidelser. Comorbide tilstande har vist sig at have stor betydning for både den enkelte og for samfundet gennem deres betydelige indvirkning på funktions- evnen.

Når der forekommer comorbiditet, er der den mulighed, at der er årsagssammenhæng mellem de comorbide tilstande, således at den ene tilstand medvirker til at forøge risikoen for den anden eller de andre tilstande. Der er også den mulighed, at der findes én eller flere fælles, bagvedliggende risikofaktorer, der påvirker hver af de comorbide tilstande uden en direkte årsagssammenhæng mellem de comorbide tilstande. Endelig kan der være tale om en årsagssammenhæng, der går begge veje, således at de comorbide tilstande gensidigt forøger risikoen. For at udrede sådanne mulige årsagssammenhænge er det nødvendigt med longitudinelle undersøgelser.

Om selvmord og medicinforbrug

Depression er en alvorlig risikofaktor for selvmord. Heldigvis er det kun en mindre del af alle selvmordsforsøg, der lykkes. Dog skal der gøres opmærksom på, at der ved de fleste gennemførte selvmord ligger mere end ét selvmordsforsøg bag.

Forbruget af psykofarmaka er stærkt stigende. Problemer med afhængighed er en vigtig del af debatten om forbruget af psykofarmaka og har været brugt som argumenter imod brugen af medicinsk behandling. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege de positive resultater, der kan opnås med en effektiv medicinsk behandling. Mangel på viden og fordomme om mentale helbredsproblemer og "lykkepiller" ender ofte i en stigmatisering af de syge, hvilket stiller sig i vejen for en hurtigere helbredelse. Sammenholdt med de resultater, man har fundet i Storbritannien, hvor stigningen i det totale forbrug af antidepressiv medicin i 1993-2005 skyldtes et stigende antal langtidsbrugere af medicinen, står det dog klart, at der er behov for mere viden om medikamentel behandling af mentale helbredsproblemer, herunder bedre strategier for en succesfuld nedtrapning.

1.2. Forskelle i prævalens af mentale helbredsproblemer

Den totale prævalens af mentale helbredsproblemer skjuler ofte store forskelle i prævalensen inden for fx køn, aldersgrupper, socialklasser, uddannelsesniveau og beskæftigelse. I dette afsnit ser vi nærmere på denne problemstilling.

Vi har udvalgt tre artikler af høj kvalitet om sociale forskelle i forekomsten af mentale helbredsproblemer. De to første er skrevet af Tom Fryers et al. (Fryers et al. 2003; Fryers et al. 2005) og gennemgår kritisk to forskellige sæt af befolkningsundersøgelser i England, USA og andre lande. Den tredje artikel er skrevet af Lorant et al. (Lorant et al. 2007; Lorant et al. 2003) og bygger på data fra hele verden. Artiklen indeholder en metaanalyse af forholdet mellem depression og socioøkonomisk status.

Konklusion vedrørende evidens for forskelle i prævalensen af mentale helbredsproblemer

Der er stærk evidens for, at socioøkonomisk status betyder en forhøjet risiko for udviklingen af mentale helbredsproblemer. Der er ikke evidens for de kausale mekanismer bag sammenhængen.

Evidensgrundlag

Artikel 1 (Fryers et al. 2003)

Denne artikel er ikke lige så grundig i analysen af mulige årsagssammenhænge som de øvrige, vi har inkluderet. Litteraturgennemgangen finder en konsistent højere risiko for socialt dårligt stillede for at udvikle en mental sygdom. De anvendte undersøgelser har brugt uddannelse, indkomst og ansettelse som parametre, og odds ratio ligger på ca. 1,5-2 for de dårligst stillede grupper, uanset hvilket parameter der anvendes. Den kausale sammenhæng mellem socioøkonomisk status og forekomsten af mentale helbredsproblemer er derimod noget sløret. En del af dette problem skyldes, at social status er svær at definere og måle. Det påpeges, at socialt dårligt stillede grupper har andre former for risikoadfærd, såsom stort indtag af rusmidler og vold, og et generelt lavt uddannelsesniveau, lav indkomst og dårlige arbejdsfor-

hold. Kausaliteten er kompleks og går flere veje, og større klarhed over dette spørgsmål efterlyses.

Artikel 2 (Fryers et al. 2005):

I denne artikel undersøges de enkelte markører for social status nærmere for at se, om nogle markører er stærkere relateret til en højere prævalens af mentale helbredsproblemer end andre. Artiklen giver en god metodologisk diskussion af vanskelighederne ved at lave en metaanalyse, da sociale markører ofte har forskellig betydning i forskellige lande. Dog må det fremhæves, at der ikke blev fundet en eneste negativ association mellem social markør og prævalens af mentale helbredsproblemer – der var i alle tilfælde en sammenhæng mellem lav social status og forekomsten af mentale helbredsproblemer. De stærkeste associationer med mentale helbredsproblemer var indkomst, formue og materiel levestandard. Her var risikoen for at udvikle mentale helbredsproblemer 2,5 gange større for de mindst privilegerede end for de mest privilegerede grupper. Uddannelse var også en konsistent markør, men viste ikke så stærke associationer; dette kan dog skyldes, at data ikke tillod en mere raffineret opdeling end 16+ skoleår/0-11 skoleår (UK), eller bachelorgrad eller derover/op til og med high school (USA). Jobstatus viste sig derimod at være en svag markør for risikoen for mentale helbredsproblemer.

Artikel 3 (Lorant et al. 2003; Lorant et al. 2007):

Denne artikel undersøger sammenhængen mellem socioøkonomisk status og depression. Der fandtes en association mellem uddannelse og indkomst og risikoen for at udvikle depression. Der fandtes højere odds ratio for at blive deprimeret for personer med lav socioøkonomisk status (OR=1,81). Endvidere sås det, at odds ratio for at få en ny episode af depression var lavere (OR=1,24) end for en vedvarende depression (OR=2,06). Resultaterne understøtter den antagelse, at der er en egentlig årsagssammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og depression, og at en eventuel selektionseffekt spiller en mindre rolle (depression forhindrer social mobilitet). Dog synes begge faktorer at spille en rolle.

Der er to overordnede teorier om forholdet mellem socioøkonomisk status og depression: Den ene antager, at personer med lav socioøkonomisk status har færre personlige ressourcer til at håndtere depression (fx lav social kapital, lav mestringsevne til at håndtere sygdommen, lavt selvværd etc.). Artiklens resultater støtter denne teori, da der ses en markant højere risiko for en vedvarende depression blandt personer med lav socioøkonomisk status. Den anden teori beskæftiger sig med belastninger i omgivelserne såsom sundhedssystemet, infrastruktur, sociale sammenhænge, folkesundhedspolitik og bygger sine antagelser på de geografiske forskelle, der kan observeres i incidens og

dødelighed. Kontekstuelle årsager til mentale helbredsproblemer har været svære at efterspore, men artiklens resultater viser også stærkere socioøkonomiske forskelle i USA, der har en effekt på den sociale ulighed i forekomsten af depression. Det nævnes endvidere, at den sociale ulighed i prævalensen af fx hjertekarsygdomme også kan spille en rolle, da depressive mennesker ofte har comorbide lidelser.

1.3. Underbehandling af mentale helbredsproblemer

En ordentlig behandling er en forudsætning for, at personer med mentale helbredsproblemer kan vende tilbage til det liv, de levede før sygdommen. Depression går ofte over af sig selv efter en periode på op til to år, men risikoen for tilbagefald er stor, og perioden, inden man bliver rask, er ofte længere, end hvis man modtager behandling.

Vi fandt tre reviews af høj kvalitet om behandlingsdækningen af mentale helbredsproblemer. Det ene review er skrevet af WHO's Mental Health Consortium og bygger på en face-to-face household spørgeskemaundersøgelse i 14 lande og inkluderede i alt 60.463 personer. Undersøgelsen blev foretaget i 2000-2001 (Demyttenaere et al. 2004b). Det næste review undersøgte behandlingen af mentale helbredsproblemer i fem lande (Canada, Chile, Tyskland, Holland og USA). Der blev benyttet ICPE spørgeskemaer, og undersøgelsen dækkede godt 23.000 personer (Bijl et al. 2003). Det tredje review er en del af det europæiske ESEMED-projekt og undersøgte prævalensen og behandlingen af mentale helbredsproblemer i Belgien, Frankrig, Italien, Tyskland, Holland og Spanien. I alt 8.796 personer blev interviewet (Alonso et al. 2007).

Konklusioner vedrørende evidens for underbehandling af mentale helbredsproblemer

Der er evidens for, at jo mere syg en person er, jo større er sandsynligheden for, at vedkommende får behandling. Ikke desto mindre er det kun godt halvdelen med alvorlige mentale helbredsproblemer i de udviklede lande, der modtager behandling. Der er med andre ord en voldsom underbehandling af mentale helbredsproblemer.

Der er endvidere evidens for, at en stor del af de mennesker, der rent faktisk modtager behandling for mentale helbredsproblemer, falder inden for gruppen af såkaldte non-cases eller subthreshold disorder. I de lande, hvor der fandtes den største andel af non-cases i behandling, tyder det imidlertid på, at der sker en alvorlig underestimering af antallet af cases. Der er altså indikation for, at de ressourcer, der er til rådighed til behandling af mentale helbredsproblemer, ikke anvendes på personer med det største behov. Den udbredte behandling af non-cases er dog ikke nødvendigvis ensbetydende

med, at ressourcerne er forkert allokeret, hvis disse non-cases i virkeligheden er udiagnosticerede tilfælde.

Der er evidens for, at underbehandlingen især rammer unge, herunder unge uden uddannelse, og folk uden arbejde. Mænd er i større risiko for at blive underbehandlet end kvinder, og denne risiko er større, jo yngre manden er.

Ikke overraskende er underbehandlingen langt større i udviklingslandene end i de udviklede lande for alle niveauer af mentale sygdomme, mens de generelle trends er de samme.

Evidensgrundlag

Artikel 1 (tabel 1.4):

Andelen af de alvorligste tilfælde, der modtager behandling, er 49,7 %-64,5 % i udviklede lande og 14,6 %-23,7 % i ulandene. For de moderate tilfælde er tallene 16,7 %-50 % og 9,7 %-18 % i hhv. udviklede og udviklingslande. For de milde tilfælde er tallene 11,2 %-35,2 % og 0,5 %-10,2 %. Der er altså en sammenhæng mellem sværhedsgraden af den mentale sygdom og sandsynligheden for behandling.

Skønt sværhedsgraden af den mentale lidelse også hænger sammen med en større sandsynlighed for at få behandling, er der 35,5 %-50,3 % af de alvorlige tilfælde i de industrialiserede lande, der ikke har modtaget behandling i de sidste 12 måneder. I udviklingslandene er disse tal helt oppe på 76,3 %-85,4 %.

Det viser sig, at en stor del af dem, der er i behandling, har en subthreshold disorder. Artiklens forfattere konkluderer, at der ikke synes at være for få ressourcer til behandling. Problemet er snarere, at ressourcerne bliver forkert allokeret.

Ikke desto mindre gøres der opmærksom på, at der er tvivl om den diagnostiske validitet, fx ses der en meget lav prævalens af alkoholisme i Ukraine, der slet ikke stemmer overens med de mortalitetsdata, man har fra dette land. De lande, der har den laveste prævalens af mentale helbredsproblemer, er også de lande, der har den højeste andel af subthresholdsyge, der får behandling. Dette kunne tyde på, at der er en større underestimering af sygdomme i de lande, hvor prævalensen er lav (Demyttenaere et al. 2004b).

Artikel 2:

Behandlingsraterne varierer mellem 7 og 20 % mellem landene i undersøgelsen (Tyskland, Chile, Canada, Holland, USA). Generelt har alvorlige tilfælde tre til fire gange højere chance for at modtage behandling end de milde tilfælde. Milde tilfælde har generelt en to til tre gange højere chance for at modtage behandling end non-cases. Skønt non-cases har den laveste rate af behandling, er det dog alligevel bemærkelsesværdigt, at nogen i denne gruppe overhovedet får behandling, når det tages i betragtning, at non-cases udgør op til 83 % af den adspurgte befolkning. Non-cases udgør derfor en stor andel af alle personer i behandling, fra 24,2 % i Holland til 69,1 % i Chile. Behandlingen af non-cases forklarer en stor del af forskellen i behandlingsrater mellem landene. 33-66 % af de alvorlige tilfælde modtager ikke behandling. Hovedparten af al behandling går til milde tilfælde. Underbehandlingen af alvorlige tilfælde er mest udtalt blandt unge uuddannede mænd (Bijl et al. 2003).

Artikel 3:

6 % af den adspurgte population har behov for behandling. Lidt over halvdelen af disse (51 %) får behandling, heraf halvdelen hos en specialist. Godt 48 % af de syge modtager altså ingen behandling. I modsætning hertil er der 8 % af diabetespatienterne, der ikke modtager den behandling, de har brug for.

Totalt set har 3,1 % af den voksne befolkning et udækket behov for behandling af mentale helbredsproblemer. Det udækkede behov varierede mellem 1,6 % i Italien og 5,8 % i Holland.

Sammenlignet med aldersgruppen 18-24 år har de ældre aldersgrupper signifikant lavere risiko for ikke at få den tiltrængte behandling, og risikoen falder med alderen. Hjemmegående og pensionerede personer har en betydeligt større risiko (odds ratio hhv. 2,4 og 3,4) for ikke at modtage den nødvendige behandling end personer i arbejde. De personer, som har haft mentale helbredsproblemer i mere end 15 år, har også en større risiko for ikke at få den tiltrængte behandling (Alonso et al. 2007).

Ca. 13 % af brugerne af behandlingssystemet er folk uden mentale helbredsproblemer (Alonso et al. 2007).

Tabel 1.4. Prævalens af behandling af mentale helbredsproblemer

Artikel	Periode	Problemstilling	Population	Metode til vurdering af prævalens	Prævalens	Forskelle og ændringer i prævalens	Behov, udtækket behov
Bijl et al.	1990-1999	1) Vurdering af prævalens	Canada, Chile, Tyskland, Holland og USA. ICPE	CIDI, DSM-II (DSM_IV i Tyskland)	1)Evaluering af prævalensresultater bekræfter dem, 2) i USA viser foreløbige resultater, at kun en brøkdel af tilfældene er alvorlige, og at de fleste er milde, 3) i USA og Canada signifikant forhold mellem grad af sygdommen og behandling. Vides ikke, om det også findes i andre lande		33-66 % af alvorlige tilfælde modtager ikke behandling. Hovedparten af al behandling går til middel tilfælde. Underbehandlingen af alvorlige tilfælde er mest udtalt blandt unge uuddannede mænd
		2) gradient i cases, der behøver behandling,					
		3) forholdet ml. grad af sygdom og behandling					
WHO World Mental Health Survey	2001-2003		60.463 community surveys af voksne i 14 lande i hele lande	CIDI, DSM-IV			
Wittchen HU, Jacobi F. 2005	1979-2004	Systematisk review af tilgængelige data om prævalens og behandling af mentale lidelser indsamlet i Europa	Bel, DK, Engl. Finl. Holl. Isl. It. Nor. Sch. Sp. Sv. Tjekk. Tysk. Ung.	12-mdr.-prævalens-estimer. Ved studier, der kun indeholdt punktprævalens, ekstrapolerer der fra studier med både 12-mdr.-og punktpræval.	12-mdr.-prævalens, median, interkvartile spænd: Depression 6,8 (4,8-8,0). Bipolar disorder 0,9 (0,5-0,9) Panic disorder 1,8 (0,7-2,2) Agorafobi 1,3 (0,7-2,0) Socialfobi 2,3 (1,1-4,8) GAD 1,7 (0,8-2,2) Specific phobias 6,4 (3,4-7,6) OCD 0,7 (0,5-1,1) Somatoforme lid. 6,3 (2,1-7,8)	Køn: Any MD K 12,2 M 6,1, any AD K 16,3 M 7,8. SD K 15,0 M 7,1 Alder 18-34, 35-49, 50-65 Any MD K 10,7 14,2 11,8 M 7,0 6,2 4,8 Any AD K 17,0 15,9 16,2 M 7,0 8,0 8,4 SD K 14,9 15,2 14,7 M 5,7 7,3 8,6	13-20 % af alle tilfælde modtager behandling. 67 % af de sværeste tilfælde i Tyskl. og Holl. ESEMEd: 25,7 % af alle tilfælde de lægekonsultation i seneste måned. Comorbiditet (40 %), mood disorders (36,5 %). Medicinsk behandling hyppigste behandlingsmetode

Forkortelser: MD AD SD GAD OCD k M Bel, DK, Engl. Finl. Holl. Isl. It. Nor. Sch. Sp. Sv. Tjekk. Ung.

Opsummering

Når vi ser på undersøgelserne under ét, er der en række forhold, der gentager sig. Personer med alvorlige psykiske lidelser har en større chance for at blive behandlet end de, der har lettere grader af mentale helbredsproblemer. Alligevel er det kun ca. halvdelen af personerne med de alvorlige lidelser, der modtager behandling. Samtidig ser vi, at en stor del af de mennesker, der modtager behandling, falder uden for de diagnostiske kriterier for mentale helbredsproblemer. Der synes at være to forklaringer på dette fænomen. Den ene er, at ressourcerne til behandling af mentale helbredsproblemer bliver allokaret forkert, sådan at de, der har et egentligt behov, ikke får hjælp. Den anden forklaring kan være, at der er en underestimering af prævalensen i de foreliggende undersøgelser, således at de personer, der er betegnet som non-cases og alligevel modtager behandling, kan vise sig at være fejlbedømte tilfælde. Under alle omstændigheder står det fast, at over halvdelen af personer med mentale helbredsproblemer ikke modtager nogen form for behandling, og at der desuden er særlig underbehandling af unge, uuddannede og arbejdsløse, og af mænd i forhold til kvinder.

1.4. Prognose for helbredsproblemer

I dette delafsnit vil vi beskæftige os med forløbet af mentale helbredsproblemer. Spørgsmålene i dette kapitel drejer sig dels om tid; hvor lang tid tager det, før man bliver rask, hvor længe varer det, før man er fuldt funktionsdygtig etc., dels om forløbet af mental sygdom; raskmelding/remission, livstidsforløb, om angstlidelser er en risikofaktor for senere at udvikle en depression, og om der er permanente forandringer hos personer, der har haft eksempelvis en depression. Disse spørgsmål er centrale i udformningen af en strategi for tilbagevenden til arbejde, og viden om de forskellige faktorer kan også tjene til at afstemme forventningerne hos den syge selv, arbejdspladsen, læger og evt. socialforvaltningen.

Litteraturen om prognose for mentale helbredsproblemer er meget omfattende. For at gøre udredningen overskuelig har vi i første omgang valgt at fokusere på den hollandske NEMESIS-befolkningsundersøgelse, da den indeholder mange af de bedste studier.

NEMESIS er en befolkningsundersøgelse af den hollandske befolkning med det formål at undersøge prævalensen, incidensen og forløbet af mentale helbredsproblemer. Der blev foretaget tre interviewundersøgelser i hhv. 1996, 1997 og 1999, hvor et repræsentativt udsnit på 7.076 voksne i alderen 18-64 år blev undersøgt af specielt trænedede interviewere ved brug af CIDI-diagnosticeringssystemet.

Artikel 1 (Ormel et al. 2004) handler om psykosocial funktionsnedsættelse før, under og efter en depressiv episode. Artiklens forfattere målte på fire forskellige funktioner; parforhold, arbejde, husholdning og fritid. Af de 4.796 mennesker, der var med i alle tre runder af interviews, udviklede 409 en depression efter den første runde. 334 af disse var blevet raske inden runde 3. Disse 334 delte sig i to grupper; 118, der havde haft en depression flere gange, og 216, der havde fået en depression for første gang efter runde 1. Blandt dem, der havde en tilbagevendende depression, var 25 %, 35 % og 41 % henholdsvis en mild, moderat og svær depression, som varede i gennemsnit 4,9 måneder. Blandt dem, der havde en depression for første gang, var 36 %, 31 % og 32 % henholdsvis en mild, moderat og svær depression, som varede i gennemsnit 6,1 måneder. Der var altså tale om en tendens til alvorligere grad af depression i de tilfælde, hvor der var tale om en tilbagevendende depression.

Artikel 2 (Spijker et al. 2002) handler om varigheden af depressive episoder. Medianen af varigheden af en depressiv periode var tre måneder, hvilket er i overensstemmelse med andre befolkningsundersøgelser, men i den lave ende

af resultater fundet i kliniske undersøgelser. 50 % af de undersøgte var blevet raske efter tre måneder, 63 % inden for seks måneder og 76 % inden for 12 måneder. Næsten 20 % var ikke blevet raske efter 24 måneder, hvilket er i overensstemmelse med resultater fra kliniske undersøgelser, men et overraskende højt tal i en befolkningsundersøgelse. Risikoen for kronicitet var lige stor hos personer i behandling som hos personer, der ikke modtog behandling. Der var ikke nogen signifikante forskelle på varigheden af en depressiv episode imellem de grupper, der henholdsvis ikke modtog behandling, modtog behandling hos almen læge, og var i behandling i det psykiatriske system. Dystymi og graden af depression spillede en rolle for varigheden af den depressive episode. Dette mønster er også kendt fra andre studier. Hvis der var tale om en tilbagevendende depression, var den af kortere varighed end det første udbrud af sygdommen. Man betegner en depression som kronisk, når den har varet 24 måneder eller længere. Der har i undersøgelsen vist sig at være en betydelig risiko for at udvikle en kronisk depression, hvilket understreger vigtigheden af at udvikle bedre diagnosticering og behandling.

Artikel 3 (Spijker et al. 2004) handler om determinanter for vedvarende depressive episoder og tager udgangspunkt i den dynamiske stresssårbarhedsmodel, som den er formuleret af Ormel og Neeleman i 2000. Der var signifikant større risiko for længere varighed af den depressive periode for fysisk sygdom, lav social støtte og to eller flere "livsepisoder".

Artikel 4 (Kruijshaar et al. 2003) tester tre hypoteser; at tilbagevendende MD (major depression) er associeret med større funktionsnedsættelse end en enkeltepisode af MD, at højere "alvorsklasse" er associeret med større funktionsnedsættelse, og at personer med en "mild" depression har signifikant større funktionsnedsættelser end personer uden depression. Der anvendtes CIDI-diagnosticeringsinterviews. Gentagne depressive episoder var ikke forbundet med større funktionsnedsættelse end enkeltstående episoder. Jo alvorligere en episode var, jo større var funktionsnedsættelsen. Dog var der kun en lille forskel mellem alvorlige og moderate tilfælde. Forskellen mellem mild depression og ikke-depressive var større end forskellen mellem de forskellige kategorier af depression.

Den generelle prævalens i befolkningen var 6,2 %. Vægtet for alder, urbanitet, køn og civilstand var prævalensen 5,8 %. Risikofaktorer var køn (kvinder), flere negative livsbegivenheder tidligt i livet, somatiske tilstande og lavt uddannelsesniveau. Af de personer, der blev diagnosticeret med MD, havde 69 % en non-afektiv mental sygdom, sammenlignet med kun 18 % i den generelle befolkning. Hvad angik begrænsninger, havde deprimerede personer

et signifikant højere antal dage i sengen og antal fraværsdage, og deres SF-36 scorer var signifikant lavere end den generelle undersøgte befolkning.

Når disse tal brydes ned efter "type" af depression (mild, moderat, svær, psykotisk), ses det, at en enkeltepisode af depression synes at have påvirket SF-36 scoren mere end en tilbagevendende depression, og at antallet af sygedage var højere for dem, der havde en enkeltepisode (eller første episode). Dette gjaldt især enkeltepisoder af svær depression. Endvidere sås det, at personer, der havde haft depression i den sidste måned, var mere alvorligt ramt på en række punkter end dem, der havde haft depression inden for det sidste år.

Forskellen mellem personer med mild depression og personer uden depression var større end forskellene mellem de øvrige grupper af sværere depressioner, hvor forskellene var relativt små.

Der var ingen forskel mellem tilbagevendende depressioner og enkeltepisoder af depression, hvad angår de oplevede nedsættelser af funktionsevnen. Derimod havde depressionens sværhedsgrad betydning for, hvor meget funktionsevnen var nedsat.

En forklaring på den manglende forskel mellem tilbagevendende og enkeltstående episoder af depression kan være, at personer med tilbagevendende depression vænner sig til deres situation og er i stand til at lave justeringer af deres tilværelse, der gør det lettere at leve med sygdommen. En anden forklaring kan være, at personer med tilbagevendende depressioner er bedre vant til at bruge behandlingssystemet. En tredje forklaring kan være, at der virkelig er forskel, men at datamaterialet ikke kan vise dem, idet man ikke har testet for frekvens af de depressive episoder. Endelig kan forskellen skyldes, at der her er tale om en befolkningsundersøgelse, og at forskellene i begrænsninger måske kun kan ses i en klinisk sammenhæng.

Artikel 5 (Plaisier et al. 2007) undersøger, hvorvidt og i givet fald hvordan arbejdsforholdene kan påvirke udviklingen af depression. Undersøgelsen omfattede 2.646 arbejdende mænd og kvinder i alderen 18-65 år. Der blev anvendt tre selvrapporterede parametre for arbejdsforholdene; psykologiske krav, grad af beslutningstagning og jobsikkerhed, i overensstemmelse med Karaseks Job Content Questionnaire. Endvidere målt social støtte gennem validerede skalaer for daglig emotionel støtte. Incidensen af depression og/eller angst over to år var 10,5 % for kvinder og 4,6 % for mænd. Kun psykologiske krav var en signifikant prædiktør for udviklingen af depression og/eller angst, og risikoen for at udvikle en af sygdommene steg i takt med større psykologiske krav. Der var ikke nogen signifikant interaktion mellem graden af

beslutningstagning og jobsikkerhed og risiko for at udvikle enten depression eller angst. Sammenligner man resultaterne for hvert køn, ses det, at effekten på det mentale helbred var ens for begge køn, når det gjaldt psykologiske krav og graden af beslutningstagning. Derimod spillede køn en signifikant rolle for effekten af jobsikkerhed på det mentale helbred. Jobsikkerhed sænkede risikoen for at udvikle depression eller angst hos kvinder, men ikke hos mænd, også selvom der blev kontrolleret for arbejdstid og jobtype. Social støtte fungerede som en beskyttende faktor for begge køn, men effekten var størst for mænd. Ser man overordnet på det, var den relative risiko for kvinder i forhold til mænd for incidente tilfælde af depression eller angst 2,71, også selvom der er justeret for alder, helbredstilstand, uddannelsesniveau, psykologiske krav, grad af beslutningstagning, jobsikkerhed og social støtte. Kvinder har altså en næsten tre gange så stor risiko for at blive syge af depression eller angst.

Referencer

- Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have MT & Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2008a;43(4):273-279.
- Acarturk C, Smit F, de Graaf R, van Straten A, Ten Have M & Cuijpers P. Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatr.Scand.* 2008b.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha IS, Bryson H, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JR, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, rhabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini R, Palacin C, Romera B, Taub N & Vollebergh WAM. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109:21-27.
- Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Vilagut G, Almansa J, Lepine JP & Brugha TS. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:299-306.
- Andersen I, Thielen K, Nygaard E & Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *J.Epidemiol.Community Health* 2009;63(7):575-581.
- Ankestyrelsen. Årsstatistik over førtidspensioner 2008. 2009.
- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE & Wittchen HU. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 2003;22(3):122-133.
- Bijl RV, de Graaf R, Ravelli A, Smit F & Vollebergh WA. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2002;37(8):372-379.
- de Graaf R., Bijl RV, Ravelli A, Smit F & Vollebergh WA. Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr.Scand.* 2002;106(4):303-313.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikawa T, Kawakami N, Ono Y, Take-shima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf

- R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB & Chatterji S. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004a;291(21):2581-2590.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikawa T, Kawakami N, Ono Y, Take-shima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen YC, Huang YQ, Zhang MY, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Alonso J, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB & Chatterji S. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2004b;291(21):2581-2590.
- Diderichsen F. Forekomst af depression i Danmark 2006. personlig meddelelse. 2009.
- Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S & Locke BZ. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr.Scand.* 1989;79(2):163-178.
- Fehm L, Beesdo K, Jacobi F & Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2008;43(4):257-265.
- Fehm L, Pelissolo A, Furmark T & Wittchen HU. Size and burden of social phobia in Europe. *Eur.Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):453-462.
- Friis-Hasché E. Forekomst af depression i Danmark 2003. personlig meddelelse. 2009.
- Fryers T, Melzer D & Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2003;38(5):229-237.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R & Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin.Pract.Epidemol.Ment. Health* 2005;1:14.
- Grant BF, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Stinson FS, Dawson DA, Saha TD, Smith SM, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ & Compton WM. Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 Natio-

- nal Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular Psychiatry* 2009;14(11):1051-1066.
- Groenvold M, Fayers PM, Sprangers MA, Bjorner JB, Klee MC, Aaronson NK, Bech P & Mouridsen HT. Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: a valid comparison? *J.Clin.Epidemiol.* 1999;52(6):523-530.
- Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E & Kessler R. Trends in the prevalence of social phobia in the United States. *European Psychiatry* 2000;15(1):29-37.
- Henningsen P, Zimmermann T & Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A metaanalytic review. *Psychosomatic Medicine* 2003;65(4):528-533.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustun TB & Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol.Psichiater.Soc.* 2009b;18(1):23-33.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustun TB & Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol.Psichiater.Soc.* 2009a;18(1):23-33.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR & Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch.Gen.Psychiatry* 2005a;62(6):617-627.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB & Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N.Engl.J.Med.* 2005b;352(24):2515-2523.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M & Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br.J.Psychiatry Suppl* 1996(30):17-30.
- Klerman GL & Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15):2229-2235.
- Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J & Essink-Bot ML. Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J.Affect.Disord.* 2003;77(1):53-64.
- Lehtinen V, Sohlman B, Nummelin T, Salomaa M, yuso-Mateos JL & Dorrwick C. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2005;40(10):778-784.
- Lieb R, Meinlschmidt G & Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom.Med.* 2007;69(9):860-863.

- Lorant V, Croux C, Weich S\par, Deliege D, Mackenbach J & Ansseau M. Depression and socioeconomic risk factors: 7-year longitudinal population study.\par. *Br.J.Psychiatry*. 2007;190:293-8.\par:293-298.
- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P & Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis.\par. *American Journal of Epidemiology* 2003;157(2):98-112.
- Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jorgensen P & Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J.Affect.Disord*. 2005;87(2-3):151-160.
- Middleton N, Gunnell D, Whitley E, Dorling D & Frankel S. Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998. *J.Public Health Med*. 2001;23(4):262-267.
- Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J & Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ* 2009;339:b3999.
- Newman SC & Bland RC. Incidence of mental disorders in Edmonton: estimates of rates and methodological issues. *J.Psychiatr.Res*. 1998;32(5):273-282.
- Nielsen PC. Hver tredje dansker har lidt af depression. *Berlingske Tidende*
- Olsen LR, Mortensen EL & Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(2):96-103.
- Olsen LR, Mortensen EL & Bech P. Mental distress in the Danish general population. *Acta Psychiatr.Scand*. 2006;113(6):477-484.
- Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA & Vollebergh W. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave populationbased study of state, scar, and trait effects. *Arch.Gen.Psychiatry* 2004;61(4):387-392.
- Plaisier I, de Bruijn JG, de Graaf R, Ten Have M, Beekman AT & Penninx BW. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc. Sci.Med*. 2007;64(2):401-410.
- Richter D, Berger K & Reker T. [Are mental disorders on the increase? A systematic review]. *Psychiatr.Prax*. 2008;35(7):321-330.
- Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB & Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol.Med*. 2008;38(1):15-28.
- Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gasquet I, Gureje O, Haro JM, He Y, Kessler RC, Levinson D, Mora MEM, Browne MO, Ormel J, Posada-Villa J, Watanabe M & Williams D. Mentalphysical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* 2009;39(1):33-43.

- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J & Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br.J.Psychiatry* 2002;181:208-213.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J & Nolen WA. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J.Affect.Disord.* 2004;81(3):231-240.
- Statens Institut for Folkesundhed. Folkesundhedsrapporten 2007; Psykiske lidelser og selvmordsadfærd. 2007.
- Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed. 2008.
- Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L & Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol.Med.* 2005;35(8):1175-1184.
- Vejdirektoratet. Trafikuheld 2006. 2007.
- Wang J, Williams J, Lavorato D, Schmitz N, Dewa C & Patten SB. The incidence of major depression in Canada: The National Population Health Survey. *J.Affect.Disord.* 2009.
- Waraich P, Goldner EM, Somers JM & Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can.J.Psychiatry* 2004;49(2):124-138.
- WHO. The Global Burden of Disease. 2004.
- Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A & Goodwin RD. Depressive episodes-evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur.Psychiatry* 2003;18(8):384-393.
- Wittchen HU & Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl* 2003(417):4-18.
- Wittchen HU & Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15(4):357-376.

Kapitel 2

Arbejdsevne. Hvordan påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen?

Indhold

Indledning	117
2.1. Sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau	121
Konklusioner om mentale helbredsproblemer og nedsat produktivitet	122
Evidensgrundlaget for konklusioner om mentale helbredsproblemer og nedsat produktivitet	123
Opsummering og diskussion	128
2.2. Sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær	132
Konklusion vedr. evidens for sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær foretaget ud fra de systematiske reviews og longitudinelle studier	133
Evidensgrundlag for konklusion om sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær	134
Opsummering og diskussion	154
2.3. Sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør	158
Konklusion vedr. evidens for sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør	158
Evidensgrundlag for konklusion om sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør	159
2.4. Samfundsmæssige omkostninger som følge af nedsat arbejdsevne i forbindelse med mentale helbredsproblemer	170

Konklusion vedr. evidens for de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med mentale helbredsproblemer	170
Evidensgrundlag for konklusion om de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med mentale helbredsproblemer	171
Konklusion og diskussion.....	179
Referencer	181

Indledning

Mentale helbredsproblemer ledsages ofte af reduktioner i funktionsevne og aktivitetsniveau. Det kan være forstyrrelser i de kognitive funktioner, problemer i sociale sammenhænge, nedsat motivation og energi samt problemer med selvregulering, og det kan være vanskeligt at tage beslutninger. Sådanne ændringer i funktionsevnen påvirker også evnen til at udføre sit arbejde som normalt og kan medføre en negativ udvikling i livskvaliteten i det hele taget. Det er forskelligt, hvordan funktionsevnen påvirkes, alt efter karakteren og sværhedsgraden af det mentale helbredsproblem. Nogle personer med depression oplever meget store koncentrationsvanskeligheder og alvorlige forstyrrelser af de interpersonelle relationer, mens andre med depression måske kan være mest præget af motivations- og energiproblemer. Når symptomerne lettes, enten gennem behandling, ved egen hjælp eller spontant, vil man som regel se, at funktionsevnen og livskvaliteten bedres.

Mentale helbredsproblemer påvirker således funktionsevnen og, afhængigt af det konkrete arbejde, tillige arbejdsevnen. Nedsat arbejdsevne kan komme til udtryk i tre former: nedsat produktivitet i arbejdet, sygefravær eller tidlig tilbagetrækning.

Med Figur 2.1 nedenfor er det forsøgt illustreret, hvorledes de forskellige typer af de undersøgte konsekvenser kan hænge sammen. Modellen er en bearbejdning af en model udviklet af Brouwers i 2005 (Brouwer et al. 2005). De enkelte bokse i modellen illustrerer konsekvenser af mentale helbredsproblemer, der er blevet beskrevet og udforsket, og som har betydning både for den sygemeldte, arbejdspladsen og samfundet. Pilene mellem boksene illustrerer hypoteser om indbyrdes årsagssammenhænge. Det må her understreges, at der er tale om hypotetiske sammenhænge, hvor det varierer, hvilken grad af evidens der findes i den empiriske forskning. Overordnet må det siges, at konsekvenserne ofte er blevet undersøgt hver for sig, og at man først i de seneste år er begyndt at undersøge, hvordan de hænger sammen indbyrdes. Med en sådan model kan man opstille en række væsentlige forskningsspørgsmål.

Når en person udvikler mentale helbredsproblemer, vil der normalt ske en reduktion i arbejdsevnen illustreret med pilen A. Pilen fra arbejdskrav udtrykker, at reduktionen i arbejdsevnen er afhængig af det konkrete job, herunder hvor store krav jobbet stiller.

Nogle mennesker vælger at fortsætte med at gå på arbejde, selvom de ikke er i stand til at arbejde så produktivt som normalt. Den eksisterende viden om denne sammenhæng, angivet med pil B, beskrives i afsnit 2.1.

Hvis tilstanden forværres, vil personen måske dernæst vælge at blive væk fra arbejdet og melde sig syg, illustreret med pil C. Mens andre vil forblive på arbejde uden sygefravær, illustreret med pil F.

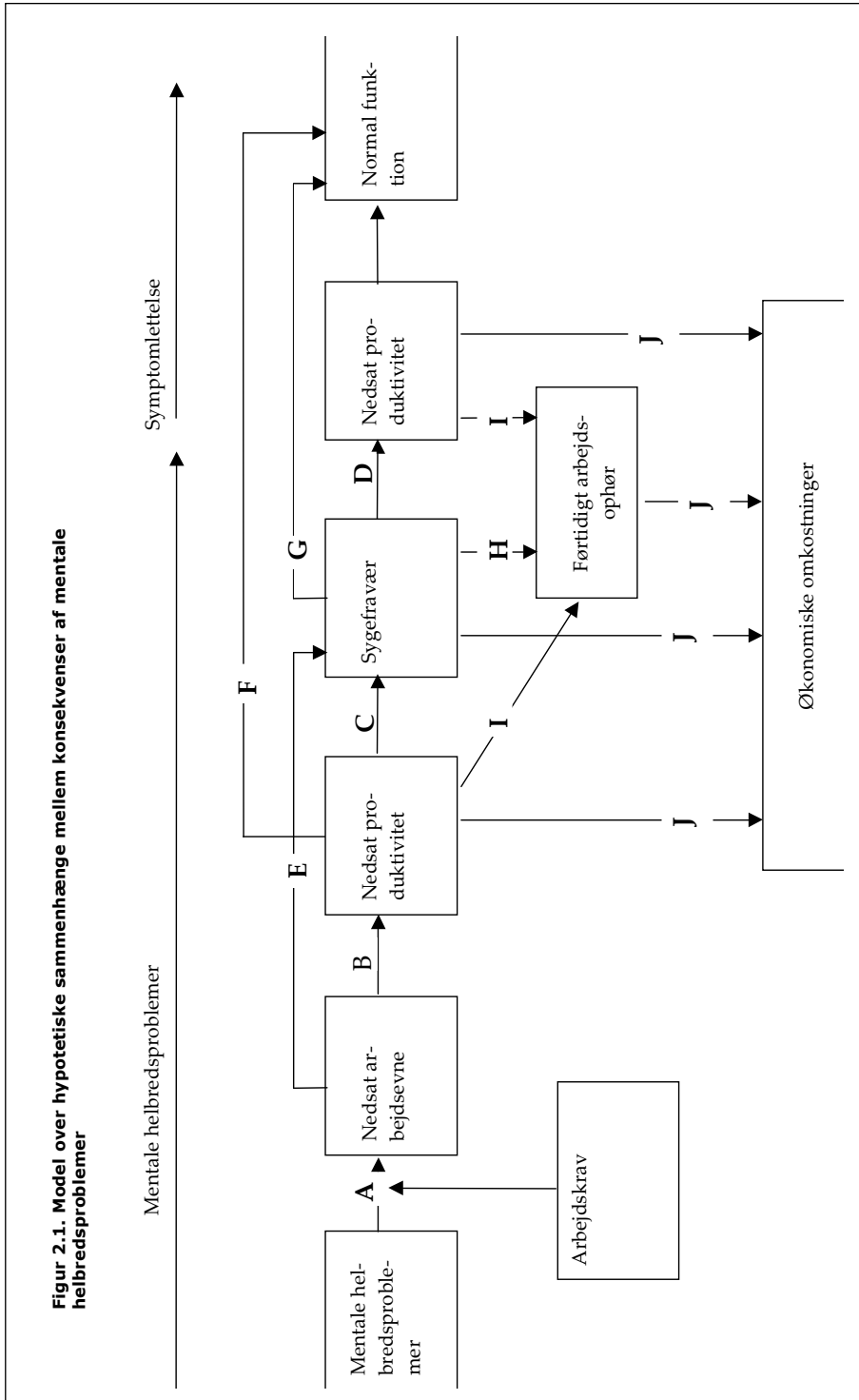
Nogle personer vælger at melde sig syge med det samme, når de har fået et mentalt helbredsproblem. I figuren er dette valg vist med pil E. Der findes kun en meget begrænset viden om, hvilke faktorer der spiller en rolle for, om en syg person sygemelder sig med det samme eller fortsætter med at gå på arbejde. Der kan bl.a. være tale om forskelle mellem personers individuelle "tærskel" for, hvor meget der skal til, før de sygemelder sig.

Arbejdspladsens syn på sygefravær kan også spille en vigtig rolle for denne beslutning. I afsnit 2.2 vil vi beskrive, hvad vi ved om sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær. Denne sammenhæng er med andre ord den kombinerede virkning illustreret af pilene B, C og E.

Når symptomerne lettes, vælger den sygemeldte gerne på et tidspunkt at vende tilbage til sin arbejdsplads. Funktions- og arbejdsevne og livskvalitet forbedres som oftest i takt med eller lidt forsinket i forhold til, at symptomerne aftager. Nogle vælger at vende tilbage til arbejdet, inden der er opnået fuldstændig symptomlettelse, angivet ved pil D i figuren. Andre vender først tilbage til arbejdet, når alle symptomer er borte (recovery), og deres mentale helbred er på niveau med den tilstand, som de befandt sig i, før de fik sygdommen, angivet med pil G i figuren.

Som ved valget mellem umiddelbar sygemelding og arbejde med nedsat funktion vil der også her kunne være et samspil mellem den enkeltes "tærskel" og arbejdspladsens rummelighed og fleksibilitet, som er afgørende for personens valg. Den begrænsede viden, der findes om nedsat arbejdsevne før og efter sygefravær, vil også blive beskrevet i afsnit 2.2.

Nogle personer med mentale helbredsproblemer vender slet ikke tilbage til arbejdet, men ophører med arbejdet inden den normale pensionsalder. Det vil oftest ske efter en eller flere sygefraværsperioder. Det ville i den forbindelse være interessant at afklare, om sygefravær spiller en selvstændig rolle for tidligt arbejdsophør (angivet med pil H i figuren), og om denne sammenhæng forklarer en del af sammenhængen mellem de mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør. Der er endnu kun en meget begrænset viden



om, hvorvidt nedsat produktivitet forøger risikoen for førtidigt arbejdsophør, fx gennem afskedigelse (pilene I). Vores viden om sammenhænge mellem mentale helbredsproblemer, sygefravær og førtidigt arbejdsophør, og hvilke faktorer der påvirker disse sammenhænge, vil blive beskrevet i afsnit 2.3.

Vi har her nævnt tre konsekvenser af mentale helbredsproblemer: nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør. Disse tre konsekvenser har stor økonomisk betydning (angivet i figuren med pilene J). Der kan være tale om tabt produktion for både samfundet og arbejdspladserne samt tabt arbejdsfortjeneste for den enkelte. De økonomiske følger af nedsat arbejdsevne på grund af mentale helbredsproblemer er også undersøgt i forskningen, og vi vil i afsnit 2.4 foretage et skøn over de samlede samfundsmæssige omkostninger.

Efter en periode med sygefravær eller arbejde med nedsat produktivitet vil nogle personer genvinde deres normale funktionsevne. Der kan her være tre måder, man kan vende tilbage til arbejdet på: (1) inden man er blevet helt rask og fri for symptomer og funktionsnedsættelse, (2) efter at man har opnået fuld symptomlettelse og genvundet fuldt funktionsniveau og arbejdsevne, eller (3) når man har oplevet fuld symptomlettelse, men fortsat har funktionsnedsættelse. Der kan som antydnet være mange forskellige faktorer, der påvirker, om personen vender tilbage til arbejdet, og hvor hurtigt det sker. Vores viden om dette vil vi vende tilbage til i Kapitel 5 om interventioner for tilbagevenden til arbejde og Kapitel 6 om fremmende og hæmmende faktorer for tilbagevenden til arbejde.

2.1. Sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau

Medarbejdere med mentale helbredsproblemer vil ofte opleve en nedsat funktionsevne på arbejdspladsen, især på det sociale og følelsesmæssige plan. Det kan fx skyldes koncentrationsbesvær, motivationsproblemer, nedsat evne til at håndtere interpersonelle og kommunikative situationer samt udføre kognitivt udfordrende arbejdsopgaver. Fysiske funktionsproblemer ses sjældnere (Simon 2003). Som illustreret i figur 2.1 i indledningen til dette kapitel er der forholdsvis mange mennesker med mentale helbredsproblemer, der fortsætter med at gå på arbejde. Det er vigtigt at inddrage denne gruppe i diskussionen af sygefravær, da disse mennesker ofte ikke er i stand til at yde deres normale arbejdsindsats.

I forbindelse med diskussionen af nedsat produktivitet på arbejdspladsen anvendes ofte begrebet "presenteeism", på dansk "sygenærvær", hvor medarbejderen udfører sine opgaver under det normale niveau. For arbejdspladsen opfattes sygenærvær derfor som et tab af produktivitet og dermed tabt indtjening. Samtidig må det understreges, at sygenærvær ikke er entydigt negativt for den ansatte med mentale helbredsproblemer. Der kan være tungtvejende grunde til at foretrække at blive på arbejdspladsen med nedsat produktivitet, ikke mindst hvis alternativet er en række kortvarige sygemeldinger, der evt. munder ud i en længere sygemelding (Sanderson et al. 2007a).

Der er foretaget litteratursøgninger i forskningsdatabaserne PubMed, PsychLit og Web of Knowledge efter systematiske reviews og metaanalyser, der handler om nedsat produktivitet, sygenærvær og mentale helbredsproblemer. Der blev fundet flere reviews, der behandler denne problemstilling med fokus på depression. Der blev endvidere fundet et review, der behandlede socialangst. Der foreligger ikke nogen undersøgelser fra Danmark, men da konklusionerne i undersøgelser fra flere forskellige lande er ganske enslydende, er der ikke grund til at antage, at sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og sygenærvær er væsentlig anderledes her i landet.

Konklusioner om mentale helbredsproblemer og nedsat produktivitet

Vores litteraturgennemgang viste, at der er moderat evidens for, at depression og angstlidelser er stærkere associeret med sygenærvær end med regulært sygefravær (Mattke et al. 2007b; Sanderson & Andrews 2006b). Sygenærvær giver derfor et klarere billede af de arbejdsmæssige konsekvenser af de mest almindelige mentale helbredsproblemer, end man kan få med en undersøgelse af sygefravær (Sanderson et al. 2007a). Der er – måske overraskende – moderat evidens for, at personer med mentale helbredsproblemer oplever større produktivitetstab end personer med somatiske sygdomme (McKnight & Kashdan 2009b).

Der er indikation for, at depression i høj grad påvirker produktiviteten på arbejdet. Produktivitetsnedsættelsen har været angivet til mellem 9,3 % og 25 %. Patienter med dystymi oplever en lidt lavere produktivitetsnedsættelse, der svinger mellem 6 og 10 %.

Der er moderat evidens for, at arbejdsproduktiviteten bliver påvirket af depression i forskellig grad, afhængigt af hvilken type job der er tale om. Depressive ansatte er signifikant dårligere til at udføre kognitivt krævende og interpersonelle opgaver, styre tid og nå deadlines. Arbejdsopgaver, der involverer beslutningstagning, kommunikation og kundekontakt, er derfor markant sværere at løse for ansatte med depression (Sanderson et al. 2007b; Schultz & Edington 2007d).

Der er desuden evidens for, at depressionens negative effekt på den individuelle produktivitet hænger sammen med graden af symptomer (Schultz & Edington 2007g). Det har – ikke overraskende – vist sig, at produktiviteten hos deprimerede øges i takt med, at symptomerne bliver mildere og færre. Det betyder samtidig, at en person med svær depression ikke nødvendigvis må se frem til varig funktionsnedsættelse (Simon 2003). Dog må der gøres opmærksom på, at funktionsevnen hos deprimerede først vender tilbage nogen tid efter, at symptomerne er forsvundet – symptomlettelse og forbedring af funktionsevnen følges ikke altid tidsmæssigt ad (McKnight & Kashdan 2009a).

Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens for, hvordan personer med andre mentale helbredsproblemer end depression og angst påvirkes af deres lidelse/symptomer i deres arbejde.

Evidensgrundlaget for konklusioner om mentale helbredsproblemer og nedsat produktivitet

Mens sygefravær har været diskuteret siden 1970'erne, er sygenærvær et relativt nyt begreb. Til forskel fra sygefravær, der relativt enkelt lader sig måle som antallet af dage væk fra arbejdspladsen, er sygenærvær langt vanskeligere at afdække. Metodespørgsmål spiller derfor en vigtig rolle for diskussionen om evidens i forbindelse med sygenærvær og mentalt helbred.

Måling af nedsat produktivitet i forbindelse med mentale helbredsproblemer

Det kan være meget vanskeligt at måle en medarbejders produktivitet på arbejdspladsen, da der ofte ikke findes et kvantificerbart mål for den enkeltes arbejdsindsats. Call-centre er derfor blevet en standard business-case for undersøgelser af sygenærvær, da produktiviteten her er let at måle. Det kan dog være usikkert, om man kan overføre resultaterne til andre typer af arbejdspladser (Sanderson et al. 2007a). Måling af nedsat produktivitet bør tage hensyn til både kvantitet og kvalitet af arbejdet (Koopmanschap et al. 2005), og det anbefales at fokusere på koncentrationsevne, kvaliteten af interpersonel kommunikation med kunder og klienter, behovet for at ændre på arbejdsopgaverne, langsommere arbejde eller en sammenligning af arbejdsoutput med på forhånd definerede ydelsesmål (Goetzel et al. 2004). Det er fremdeles et problem, at de udviklede metoder ikke er tilstrækkelige til at måle produktivitet af de fleste former for vidensarbejde.

Der findes en lang række metoder til at måle sygenærvær, og det ville føre for vidt at komme ind på dem alle her. Vi vil derfor kun kort beskrive de mest anvendte nedenfor. Den enkleste fremgangsmåde er at spørge medarbejderne om antallet af dage, de har været på arbejde, mens de har haft helbredsproblemer. En raffinering af denne metode er at inkludere en procentvis rangordning af produktive og ineffektive dage (Sanderson & Andrews 2006a). Her er outputtet tid målt i dage, hvor man har været på arbejde uden at yde det forventede. Wittchen et al. har udviklet en metode ved navn Work Productivity Index, der måler den samlede arbejdsproduktivitet i de sidste syv dage (Lecrubier et al. 2000a). Herved fastsættes en standardproduktivitet, og det undersøges så, om der forekommer afvigelser fra denne.

Mere specifik er den såkaldte Stanford Presenteeism Scale (Lerner et al. 2004a; Lerner & Henke 2008a), der indeholder seks spørgsmål, som tilsammen giver et helhedsindtryk af den enkeltes funktionsevne på arbejdet (fx stresshåndte-

ring, om man kan lide sit arbejde, og om man føler, man har energi til at fuldføre det). Svarene tillægges en værdi fra 1-5 og summeres, så en høj samlet værdi er udtryk for en høj funktionsevne på arbejdet (spænder fra 6-30).

Den mest detaljerede metode er Work Limitations Questionnaire (herefter WLQ) (Lerner et al. 2004a; Lerner & Henke 2008b), som indeholder 25 spørgsmål på fire skalaer. Svarene repræsenterer den procentdel af tiden, som en person er begrænset i forhold til forskellige typer af krav på arbejdet; *tidsmæssige* (fx kan ikke nå at tage pauser, svært ved at komme hurtigt i gang om morgenen), *fysiske* (skal holde den samme stilling i mere end 15 minutter), *psykiske* (tænke klart mens man arbejder, indgå i samarbejde med andre, tale med folk ansigt til ansigt), og *outputmæssige* (arbejde hurtigt nok, arbejde uden fejl).

I et studie fra 2007 har Sanderson et al. testet fire af de mest anvendte metoder. Her fandtes WLQ at være den mest finfølelse metode og var dermed bedst egnet til at måle funktionsforstyrrelser som følge af fx depression (Sanderson et al. 2007a). Goetzel har gjort et forsøg på at komme variationen i målemetoder til livs ved at omregne alle resultater til en fælles standard, men gør alligevel opmærksom på, at variationen er meget omfattende. Ikke desto mindre kommer depression og mentale helbredsproblemer altid til at ligge i toppen som de lidelser, der medfører det største produktivitetstab sammen med åndedrætsproblemer og migræne (Goetzel et al. 2004).

Udviklingen i metoder til undersøgelse af sygenærvær har altså gået i retning af mere detaljerede selvrapporterede vurderinger af, hvor meget man har nået i forhold til, hvad man kunne have nået. Det er et metodisk problem, at de fleste data er selvrapporterede. Det er meget muligt, at folk overvurderer, hvor meget de kunne have lavet, hvis de ikke var syge, med et for højt sygenærværstal til følge (Koopmanschap et al. 2005). Derfor er en anden persons vurdering af den normale arbejdsbyrde en god måde at kontrollere resultaterne på.

Undersøgelserne lider også af andre metodiske problemer. Data tager ikke højde for faktorer på den enkeltes arbejdsplads, der kunne spille en rolle for den enkeltes produktivitet (fx branche, forhold til kolleger og overordnede etc.) (Lerner et al. 2004a). Comorbiditet er særdeles almindeligt, hvilket formentlig yderligere påvirker den nedsatte produktivitet. Det kan derfor være svært at vurdere, i hvilken grad den nedsatte produktivitet skyldes mentale helbredsproblemer, og i hvilken grad den skyldes den comorbide lidelse. Vælger man udelukkende at inddrage personer uden comorbide lidelser, risikeres

alligevel en biased undersøgelse, idet det er få, der har mentale helbredsproblemer uden comorbide lidelser (Lerner et al. 2004a).

Vi ved, at depression i høj grad påvirker arbejdsevnen, og at nedsættelse i produktiviteten fortsætter gennem depressive perioder og endog efter symptomlettelse (McKnight & Kashdan 2009a). Men det kan være svært at udrede, i hvilken grad depression påvirker den individuelle produktivitet, da vi ofte kun ser på deprimerede versus raske og derved får et gennemsnitligt mål for de respektive grupper (McKnight & Kashdan 2009a). Det kan derfor være svært at estimere den egentlige påvirkning af produktiviteten. Et yderligere problem er, at de fleste undersøgelser ikke strækker sig længere tilbage end de seneste 12 måneder og derfor ikke er designet til at opfange den samlede livstidspåvirkning af et mentalt helbredsproblem i forhold til produktivitet og arbejdsevne i uddannelses- og arbejdsmæssig sammenhæng (McKnight & Kashdan 2009a).

Der findes naturligvis mere tilbundsgående diskussioner af de metodiske problemer ved måling af sygenærvær (Koopmanschap et al. 2005; Lofland et al. 2004; Mattke et al. 2007a).

Evidensgrundlaget for konklusioner om nedsat produktivitet i forbindelse med mentale helbredsproblemer

Der findes desværre ikke data om sammenhængene mellem mentale helbredsproblemer og sygenærvær i Danmark. Vi er derfor nødt til at udnytte udenlandske data, og der må selvfølgelig tages et vist forbehold over for at overføre dem til danske forhold. Depression er bedst undersøgt, men der findes undersøgelser af angstlidelser, socialfobi og bipolar depression, hvor disse sygdomme er behandlet hver for sig. Man ser ofte en tendens til at tale om "depression og andre mentale helbredsproblemer".

Et studie viser, at det samfundsmæssige produktionstab som følge af sygenærvær er 7,5 gange større end produktionstab som følge af regulært sygefravær (Mattke et al. 2007b). I et studie fra USA udgjorde sygenærvær 86 % (7,2 timer) af et ugentligt produktivitetstab på 8,6 timer for personer med major depression (Sanderson & Andrews 2006b). Folk med mentale helbredsproblemer oplever endvidere større produktivitetstab end folk med somatiske sygdomme (McKnight & Kashdan 2009b).

Ansatte med depression mister op til 20 % af deres produktivitet i depressive perioder på grund af dårlig koncentration, hukommelsessvigt, ubeslutsomhed, træthed, apati og mangel på selvtillid (Goetzel et al. 2002a). Et andet studie har vist 25 % selvrapporteret nedgang i produktiviteten på arbejde på dage, hvor den ansatte har været deprimeret (Goetzel et al. 2002b). I et review fra 2004 har Ron Goetzel og kolleger omregnet sygenærværsresultater fra seks store befolkningsundersøgelser til en fælles standard udtrykt som procent af arbejdstiden, hvor der opleves nedsat produktivitet. Her ses det, at den daglige nedsættelse af produktiviteten i depressive perioder spænder fra 9,3 % til 24,5 % (Goetzel et al. 2004). Et studie af 69 patienter med dystymi, men ikke depression, viste et signifikant større tab af produktivitet på arbejdet sammenlignet med 175 kontroller (6,8 % vs. 2,8 %). Fraværsraterne var ikke signifikant forskellige mellem de to grupper. I et andet studie af patienter med dystymi eller depression var produktivitetstabets som følge af sygenærvær mellem 6 og 10 % sammenlignet med 4 % hos de raske kontroller (Schultz & Edington 2007c). Skønt der er stor variation i resultaterne, kan der ikke være tvivl om, at depression påvirker funktionsevnen ganske betragteligt.

I en undersøgelse af 409 patienter i antidepressiv behandling rapporteredes der i gennemsnit 3,3 dages sygefravær pr. måned ved seks måneders followup for dem, der havde oplevet 50 % nedsættelse af symptomerne. De, der ikke havde oplevet nogen lettelse i symptomerne ved seks måneders followup, rapporterede i gennemsnit 6,8 dages sygefravær pr. måned (Simon 2003). I en undersøgelse af ansatte med depression viste det sig, at gruppen af depressive havde et signifikant højere tab af produktivitet end de raske personer i kontrolgruppen, og skønt trenden pegede imod en forbedret produktivitet ved seks måneders followup, havde den depressive gruppe stadig lavere produktivitet end kontrolgruppen (Lerner et al. 2004a). Eksperimentelle studier har vist, at forbedret behandling af depression fører til forbedret livskvalitet og funktions- og arbejdsevne (Simon 2003).

Produktiviteten i visse typer af job er mere følsom over for depression end andre. WLQ-skalaer med tid-output var signifikant værre, når ansatte havde job, der involverede beslutningstagning og kommunikationsevner. Et højt niveau af kundekontakt var associeret med dårlige scorere på de mentalinterpersonelle og fysiske skalaer. Et andet studie viste, at nedsat funktionsevne målt på WLQ-skalaen var nedsat også efter, at de depressive symptomer var formindsket (Schultz & Edington 2007a).

Ansatte med depression er signifikant dårligere til at udføre tankekrævende og interpersonelle opgaver, styre tid og totalt arbejdsoutput (Schultz & Edington 2007f). Depressive personer i et salgs-, service- eller supportjob har

sværere ved at håndtere mentale og interpersonelle krav end raske personer (Schultz & Edington 2007e). I et andet studie af ansatte med depression havde den depressive gruppe sammenlignet med kontrolgruppen dobbelt så svært ved at løse arbejdsopgaver, der krævede betydelige mentale og interpersonelle ressourcer. Endvidere havde den depressive gruppe problemer med at administrere tiden i op til 30 % af tiden sammenlignet med kontrolgruppen. Derudover var andelen af arbejdsløse markant højere i den depressive gruppe end i kontrolgruppen ved opfølgningen. Blandt dem, der var ansatte ved opfølgningen, sås en højere grad af jobskifte blandt de deprimerede, og 33 % af dem havde endda taget et lavere betalt job af helbredsårsager (Lerner et al. 2004a).

Personer i alderen 14-24 år, der har socialangst, har ifølge studier en nedsat produktivitet svarende til mindst to dage i de sidste fire uger, hvor de ikke har været i stand til at præstere som normalt. Hvis socialangsten er opstået eller diagnosticeret for relativt nylig, ses der ret alvorlige begrænsninger i ydeevnen i skolen, på arbejdet og i forbindelse med hjemmearbejde (Lecrubier et al. 2000c). Work Productivity Index (udviklet af Wittchen et al.) måler den individuelle arbejdsproduktivitet i de sidste syv dage. Målt med WPI har personer med "ren" eller comorbid socialfobi signifikant nedsat produktivitet i forhold til raske kontroller. Høj arbejdsløshed observeres også i den comorbide gruppe (21,6 % hos comorbide, 10,8 % ved "ren" socialfobi, 3,1 % hos kontrollerne). Et italiensk studie har påvist et livstidsgennemsnitligt tab på 13 arbejdsdage pga. socialfobi og yderligere tre dage tabt af pårørende, der havde passet patienten (Lecrubier et al. 2000b).

I USA har 25 % af alle beskæftigede i alderen 25-54 år været sygemeldt eller haft nedsat funktion i mindst én arbejdsdag i den foregående måned. Halvdelen af disse på grund af kroniske helbredsproblemer, hvoraf 16,5 %, svarende til ca. 2 % af arbejdsstyrken, havde en depression. Data fra to amerikanske befolkningsundersøgelser har vist, at depression er associeret med en 2,5 gange større sandsynlighed for sygefravær stigende til 3,75 gange større sandsynlighed efter en tid væk fra arbejde (Simon 2003). 59 % af de 30 mio. amerikanske voksne med en livstidsprævalens af depression (MDD) har svære problemer med at fungere socialt og er ude af stand til at arbejde 35 dage om året i gennemsnit (Schultz & Edington 2007b).

Opsummering og diskussion

Sygenærvær er stadig en relativt ny betegnelse, og de fleste studier handler om måling af personers produktivitet uden skelen til, om produktiviteten er nedsat på grund af psykisk lidelse eller af andre årsager. Der er endnu ingen generelt accepteret målemetode af sygenærvær. Forsøg er blevet gjort på at estimere de økonomiske omkostninger, men der er heller ikke en anerkendt metode til dette endnu. Visse grupper af ansatte er blevet undersøgt mere end andre: sygeplejersker, produktionsmedarbejdere og ansatte i finanssektoren. Det skyldes, at disse grupper udfører arbejde, hvor produktiviteten er lettere at måle end hos andre faggrupper. Det står ikke klart, i hvor høj grad resultaterne fra disse undersøgelser kan anvendes på andre typer af arbejde.

Tabel 2.1. Studier af sammenhænge mellem mentale helbredsproblemer og nedsat produktivitet

Review	Periode	Problemstilling	Population	Metode til måling af nedsat produktivitet	Nedsat produktivitet Resultater	OBS
Daniels K, Harris C		Kausal indflydelse af psykisk helbred og velbefindende på arbejdspræstation. (Ikke klart formuleret problemstilling)		1) Psykologisk velbefindende som faktor for performance. 2) Performance som resultat af arbejdsvilkår	Der behøves mere detaljerede modeller for velbefindende og arbejdspræstation	Svagt underbygget. De overholder ikke deres egne konklusionskriterier eller udfører kvalitetsvurdering. Uoverskuelig metode. Intet overblik over antal og type af studier under review
Lecrubier, Wittchen et al. 2000		At give et indblik i forskellige aspekter af social angst, og klarlægge sygdommens omfang og konsekvenser i Europa	Europa	Bl.a. Work Productivity Index (udviklet af Wittchen et al.) måler den samlede arbejdsproduktivitet i de sidste 7 dage	14-24-årige med social anxiety har en nedsat produktivitet svarende til mindst 2 dage i de sidste 4 uger. Alvorlige begrænsninger i ydeevnen i skole/arbejde hos dem, der havde fået en social anxiety disorder for nylig. Målt med WPI har individer med "ren" eller comorbid socialfobi signifikant nedsat arbejdsproduktivitet i forhold til kontroller. Høj arbejdsløshed er også set i den comorbide gruppe (21,6 % comorbid, 10,8 % "ren" socialfobi, 3,1 % kontroller). Livstidsgennemsnit på 13 arbejdsdage tabt pga. socialfobi. Yderligere 3 dage tabt af pårørende, der havde påsøgt patienten	

Review	Periode	Problemstilling	Population	Metode til måling af nedsat produktivitet	Nedsat produktivitet Resultater	OBS
Lerner, Al-laire et al. 2005	Reviews med data fra 1973 og frem	Work disability blandt folk med kroniske sygdomme, review muligheder for at reducere problemet	USA	Nedsat produktivitet anskues fra forskellige vinkler; medical care-system, employers, government, new initiatives, interdisciplinary research. Sekundær data-analyse og litteraturreview.	100 mio. amerikanere har en kronisk sygdom. I 2020: 160 mio. De fleste er privatsikrede, står for 70 % af alle sygeforskringers udgifter. 10.4 mio. (6 %) am. 18-64-årige med kroniske helbredsproblemer har også nedsat arbejdsevne. 25 % af beskæftigede am. 25-54 år havde været helt syge eller haft nedsat funktion i mindst 1 arbejdsdag i den foregående måned. Halvdelen af disse pga. kroniske helbredsproblemer (16,5 % af disse havde depression). Nationalt repræsentativ husstandsundersøgelse; 1/3 af dem med kroniske helbredsproblemer også moderate til svære problemer på arbejde. SSA: 1999, 5 mio. arbejdsløse voksne registreret hos SSDI med en work disability (kræver en diagnosticérbar langvarig lidelse, der udelukker lønarbejde i USA). Der kræves samarbejde mellem fx læger og arbejdsliv.	Er depression en kronisk sygdom? Ser også på andre kroniske lidelser såsom gigt og astma.
Mattke, Balakrishnan et al. 2007	1995-2005 (17)	Systematisk review om metoder til at estimere produktivitetstab, og omsætning i pengeværdi	USA	Absenteeism, sygenærvær og omkostninger. 17 survey instrumenter, period 1 uge-3 mdr.	Sygenærvær dyrere for virksomhederne end medical costs	
Sanderson, Tilse et al. 2007	Aug.-dec. 2004, followup feb-juni 2005	Evaluere 4 metoder til måling af sygenærvær 1) antal dage på arbejde, mens man er syg, 2) justering af dette med %fordeling af effektiv tid, 3) WLQ-skalaen, 4) Stanford Presenteeism Scale	10 call-centre i South-East Queensland, Australien	Single-cohort prospektivt studie med 6-mdr. followup.	WLQ den mest raffinerede metode. Resultater understøttet af andre studier: Størt og lettelse af depression har en målbart effekt på produktivitet på arbejde. Sygenærvær er et bedre mål end sygefravær og er ikke altid et negativt outcome for den enkelte; nedsat produktivitet kan være bedre end mange korte sygefraværperioder	Resultater fra call-centre ikke nødvendigvis generelle

Review	Periode	Problemstilling	Population	Metode til måling af nedsat produktivitet	Nedsat produktivitet Resultater	OBS
Schulz & Edington 2007	37 studier indtil oktober 2006, heraf 5 om mentalt helbred	Sammenhængen mellem helbredsrisici, helbreds tilstande og produktivitet på arbejdet	Depressive vs. kontrolgrupper 6 måneders studie af depressive ansatte sammen lignet med kontroller (N=451)	Alle på nær 1 studie anvender WLQ 1 objektiv måling af arbejdsresultat	Lifetime major depression havde problemer med at fungere socialt og ikke i stand til at arbejde gnsntl. 35 dage/år. Dystymi (ikke MDD) større tab af produktivitet sml. m. depressionsfrie (6,8 % vs. 2,8 %). Dystymi og MDD produktionsstab 6-10 % sml. m. 4 % hos raske. Depressive signifikant dårligere til at udføre tanke- og interpersonelle opgaver, styre tid og totalt arbejdsoutput. Effekten af depression på arbejdsproduktivitet stiger i takt med graden af symptomer. Depressive i et salgs-, service- el. supportjob havde sværere ved at håndtere mentale og interpersonelle krav end kontroller. Større tab i job, der kræver beslutningstagning og kommunikationsevner. Nedsat funktionsevne (WLQ) også efter symptomletelse	5 studier af høj kvalitet, ensartet målmetode Ikke meta-analyse, da de 5 studier var indbyrdes meget forskellige mht. jobgruppe, arten af helbredsproblemer
Simon 2003		Effekt på: 1) funktional status og helbredsrelateret QOL, 2) disability udtrykt som tid væk fra arbejde eller anden beskæftigelse		Tværsnitstudie, longitudinelt studie	Stærk association mellem depression og tabt arbejdsproduktivitet	

2.2. Sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær

De fem forskningsspørgsmål, der søges besvaret her, er:

- 1) Hvor hyppigt og langvarigt er sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer, og hvor stor er andelen af det samlede sygefravær?
- 2) Hvilke faktorer påvirker sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer?
- 3) I hvilken grad har mentale helbredsproblemer før sygefraværet betydning for sygefraværet?
- 4) Hvilke konsekvenser har langvarigt sygefravær for mentale helbredsproblemer?
- 5) Hvilken betydning har comorbiditet for sygefravær og nedsat produktivitet?

I sygefraværsforskningen er man hidtil gået ud fra den præmis, at sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær stort set kun gik én vej, altså at mentale helbredsproblemer forårsagede sygefravær. Nogle forskere har betegnet sygefravær som en mestringsform (Kristensen 1991), hvor personen reagerer på en oplevelse af ikke at være fuldt ud i stand til at klare sit arbejde og vælger at blive væk fra arbejdet for at genvinde sine funktionsevner og for at forbedre sit mentale velbefindende. Endvidere anses sygefravær som en rationel mestringsform, hvor man forventer, at personens helbredstilstand efter sygefraværet vil være bedre end før sygefraværet. Men der foreligger kun en meget begrænset viden om, hvorvidt man får det bedre ved at melde sig syg.

Et interessant spørgsmål er således, hvordan sygefravær påvirker personers mentale helbredstilstand, funktionsevne og livskvalitet. Imidlertid har man inden for sygefraværsforskningen kun sporadisk undersøgt sammenhænge, hvor sygefraværet påvirker det mentale helbred, eller hvor der er en gensidig påvirkning mellem sygefravær og det mentale helbred.

Vi har foretaget søgninger i forskningsdatabaserne PubMed, Web of Knowledge og Psychlit, hvor vi har søgt efter systematiske reviews og metaanalyser, der handler om sygefravær blandt medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Der blev ikke fundet noget review, der fokuserer specifikt på denne problemstilling. Søgningen blev udvidet til reviews, der undersøger alle potentielle faktorer, der kan tænkes at påvirke sygefraværet, hvorefter der blev udvalgt de reviews, der bl.a. indeholder mentale helbredsproblemer som prædiktive faktorer.

Konklusion vedr. evidens for sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær foretaget ud fra de systematiske reviews og longitudinelle studier

Der er indikation for en stigende hyppighed af langtidssygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer. Incidensen er skønnet til at være mellem 1 % og 5 % for kvinder og mellem 0,5 % og 2 % for mænd. I Danmark skønnes incidensen for langtidssygefravær på mere end otte uger begrundet i mentale helbredsproblemer at være mellem 1,1 % og 2,2 %. Fra 2005 til 2008 er der sket en stigning på 24 % i antal personer med sygefravær over fire uger (svarende til en stigning på 20 % i andelen af beskæftigede fra 2,05 % til 2,46 %) og en stigning i gennemsnittet af varigheden af langvarigt sygefravær fra 32 uger (=0,62 år) til 37 uger (=0,71 år), dvs. en stigning på 16 %. Andelen af sygemeldte med sygefravær på mere end fire uger af alle sygemeldte er steget fra 75 % til 79 % (beregninger på grundlag af informationer fra Danmarks Statistik).

Der er utilstrækkelige oplysninger om, hvorvidt sygefraværsperioder begrundet i mentale helbredsproblemer har en længere varighed end sygefraværsperioder begrundet i somatiske lidelser.

Der er utilstrækkelige oplysninger om, hvor stor en andel af sygefraværet der er begrundet i mentale helbredsproblemer.

Der er moderat evidens for, at kvinder har hyppigere sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer end mænd, men at varigheden ikke er forskellig. Der er i nogle af undersøgelserne indikation for, at mænd har sygefraværsperioder af lidt længere varighed end kvinder.

Der er indikation for, at sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær er stærkere for de mere alvorlige mentale helbredsproblemer.

Der er indikation for, at arbejdsbelastningerne "høje krav", "lav jobkontrol" og "manglende social støtte" medfører en forøget risiko for sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.

Der er moderat evidens for, at kombinationen mellem arbejdsmæssige og familiemæssige belastninger medfører en forøget risiko for sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.

Der foreligger ikke tilstrækkelig evidens for videnskabeligt at underbygge, hvorvidt sygefravær har positiv eller negativ betydning for det mentale helbred. Der er dog indikation for, at personer med langt sygefravær efterfølgende har en forøget risiko for depression.

Der er moderat evidens for, at comorbide tilstande med somatiske og mentale helbredsproblemer er forbundet med forøget sygefravær, og der er indikation for, at det er de mentale helbredsproblemer, der har den største betydning for sygefraværet i denne forbindelse.

Evidensgrundlag for konklusion om sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær

Selvom man i længere tid har vidst, at folk har meldt sig syge på grund af mentale helbredsproblemer, viser det sig, at man først meget sent er begyndt at foretage longitudinelle studier af mentale helbredsproblemer og sygefravær, som er nødvendige for at muliggøre konklusioner om eventuelle kausale sammenhænge. Et systematisk review fra 2004 (Allebeck & Mastekaasa 2004) indeholder således ikke et eneste studie af eventuelle årsagssammenhænge. Først med et review fra 2007 (Duijts et al. 2007) inddrages resultater fra to longitudinelle studier. Disse undersøgelser viser, at personer, der er udbrændte eller har andre psykiske problemer, har en forøget risiko for senere at blive sygemeldt. Sammenhængene er dog relativt svage. Det er dog en svaghed ved reviewet, at det kun omfatter to longitudinelle undersøgelser.

Et tidligere review (Hensing & Wahlstrom 2004) inddrager undersøgelser af prædiktorer af sygefravær begrundet i diagnosticerede mentale helbredsproblemer samt undersøgelser af, om personer med diagnosticerede mentale helbredsproblemer har mere sygefravær end andre. Reviewet fandt, at kvinder har hyppigere sygefravær begrundet i diagnosticerede mentale helbredsproblemer end mænd, mens der er modstridende resultater om varigheden af sygefraværet. Da de arbejdsmæssige faktorer hver kun var blevet undersøgt i enkelte studier, var evidensen her utilstrækkelig til at foretage konklusioner om disse faktoreres betydning.

Resultaterne af de fem studier om sammenhængen mellem diagnosticerede mentale helbredsproblemer og sygefravær, der indgik i dette systematiske review, var modstridende. Tre studier viste, at kvinder med diagnoser på psykiske lidelser havde højere sygefravær end mænd, mens to studier ikke viste

denne sammenhæng. Af de to studier, der undersøgte mænd, fandt det ene, at mænd med diagnosticerede mentale helbredsproblemer havde højere sygefravær end kvinder, mens det andet ikke viste dette. Konklusionen i reviewet er således, at evidensen er utilstrækkelig. Der blev ikke foretaget nogen meta-analyse, som kunne give et samlet skøn over sammenhængen, og som eventuelt kunne finde nogle forklaringer på forskellene i resultaterne.

I et systematisk review fra 2007 (Duijts et al. 2007) indeholdt kun to af de prospektive studier analyser af sammenhænge mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær. Her fandt man, at personer, der var udbrændte eller havde andre psykiske problemer, havde lidt mere sygefravær (mindst tre dage).

I et systematisk review fra 2008 (Darr & Johns 2008) har man valgt at inddrage studier med flere slags design, herunder også tværsnitsstudier. De prospektive studier viste en moderat association mellem oplevet arbejdsbelastning og senere fravær ($r=0,40$, $k=6$), mens sammenhængen mellem psykiske problemer og senere sygefravær kun var lille ($r=0,15$, $k=29$). I de retrospektive studier over sammenhængen mellem nuværende oplevelse af arbejdsbelastning og psykiske problemer på den ene side og tidligere sygefravær var sammenhængen ikkesignifikant og lille ($r=0,21$, $k=81$). Dette resultat støtter ikke en hypotese om, at sygefravær skulle have en helende effekt på det mentale helbred. Snarere tyder det på en tendens til, at sygefravær generelt forværrer det mentale helbred.

Resultaterne fra studierne blev anvendt i en multivariat analyse ved brug af "structural equations modeling" (SEM-analyser). Denne analyse viser, at en model, hvor sammenhængen mellem oplevet arbejdsbelastning og sygefravær bliver medieret gennem først psykiske problemer, dernæst somatiske problemer, bedst forklarer de fundne associationer i det samlede sæt af studier.

I metaanalysen viste der sig at være relativt store variationer mellem resultaterne fra undersøgelserne. Analysen går kun i begrænset omfang ind på at analysere denne heterogenitet, hvilket må anses for en metodemæssig svaghed. Dog foretages der en interessant subgruppeanalyse af de studier, der er publiceret i epidemiologiske og medicinske tidsskrifter, og som omfatter mere alvorlige lidelser end i metaanalysen. Her viser sig en stærkere sammenhæng mellem psykiske lidelser og sygefravær end i den generelle metaanalyse ($OR=2,90$), hvilket indikerer, at effekten af svære mentale helbredsproblemer er noget stærkere end den generelle effekt for psykiske problemer samlet set.

I et systematisk review (Davey et al. 2009) analyseres prædiktorer for kort-tidssygefravær blandt sygeplejersker. Der blev i de 16 inkluderede studier undersøgt 70 potentielle faktorer. Resultaterne viste, at tidligere sygefravær og organisatorisk involvering og arbejdsengagement havde sammenhæng med nedsat sygefravær, mens stress og udbrændthed havde sammenhæng med forøget sygefravær. De inkluderede studier havde generelt en lav kvalitet. Således var kun syv af dem longitudinelle, og alle studier havde et lavt deltagerantal. Hver af de undersøgte faktorer, hvor der forekom signifikante sammenhænge, er kun undersøgt i få studier, og der fandtes inkonsistente resultater. Af flere grunde kunne der ikke foretages nogen metaanalyse, hvilket gjorde det umuligt at analysere de modstridende resultater. Derfor må det konkluderes, at evidensen i dette systematiske review for sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær er utilstrækkelig.

I et systematisk review fra 2007 (Duijts et al. 2007) indgår fem prospektive studier af prædiktorer for længere sygefravær blandt personer, der er sygemeldte. Her fandtes svag evidens for, at alder og en historie med tidligere sygefravær er faktorer, der er forbundet med længerevarende sygefravær. Alle øvrige individuelle og arbejdsmæssige faktorer er kun blevet undersøgt i ét studie hver, så her må evidensen anses for utilstrækkelig til at kunne konkludere om sammenhænge.

I det næste systematiske review (Dekkers-Sanchez et al. 2008) har man valgt at analysere resultater om, hvilke faktorer der forlænger sygefraværet. Der er udelukkende inkluderet forløbsstudier med personer, der i udgangssituationen havde haft sygefravær i mindst seks uger. I de fem studier er der blevet identificeret 77 faktorer. Af disse havde 16 faktorer (14 individfaktorer og to arbejdsmæssige faktorer) signifikant sammenhæng med langtidssygefravær, men var næsten alle kun undersøgt i enkelte studier. Der var kun svag evidens for, at alder og tidligere sygefravær havde sammenhæng med langvarigt sygefravær.

Det sidste review (Hensing & Wahlstrom 2004) inddrager undersøgelser af sygefravær begrundet i diagnosticerede psykiske lidelser. Reviewet omfatter kun i alt otte studier. Der var uklare eller modstridende resultater om betydningen af køn og alder, hvad angår både frekvensen og varigheden af sygefravær som følge af diagnosticerede psykiske lidelser. Der var tillige utilstrækkelig evidens for sammenhæng med arbejdsmæssige, familiemæssige og sociale netværksfaktorer samt faktorer i barndom og ungdom. For hver af de mulige sammenhænge er der kun få studier, og i nogle tilfælde er der endvidere modstridende resultater mellem dem.

Tabel 2.2. Skema til dataudtrækning for review-artikler om mentalt helbred og sygefravær

Bibliografiske oplysninger	Antal studier	Periode	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Outcome	Resultater	Konklusioner	OBS-punkter
Hensing et al. 2004	16 studier	i.a.	Hvilke faktorer er prædiktorer for sygefravær med psykiske diagnoser? Forøger mentale helbredsproblemer sygefravær uanset begrundelse?	Arbejdspladspopulationer	Demografiske faktorer, arbejdsrelaterede, familiemæssige faktorer. Psykiatriske diagnosticerede lidelser	Sygefravær begrundet med psykiatricke diagnoser. Sygefravær generelt	Kvinder hyppigere sygefravær med psyk. diagnoser. Modstridende resultater om personer med psyk. diagnoser har hyppigere eller længere sygefravær	Utilstrækkelig evidens	Ikke foretaget meta-analyse
Duijts et al. 2007	20 prospektive studier	???-aug 2006	Identificere psykosociale helbredsproblemer som prædiktorer for sygefravær	Arbejdspladspopulationer	Udbrændthed, psykiske problemer	>3 dages sygefravær	OR=1,28 Psykiske problemer 1,28	Begrænset evidens for lille sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær	Kun to prospektive studier som grundlag for konklusion
Darr et al. 2008	153 studier med 275 sammenligninger, både prospektive og tværsnitsstudier	1975-2003	Om arbejdsstress er prædiktor for sygefravær, og om denne sammenhæng bliver medieret af psykisk og somatisk helbred	Arbejdspladspopulationer	Arbejdsrelaterede faktorer og helbredsproblemer	Frekvens af sygefravær. Tid tabt ved sygefravær	Arbejdsstress $r=.40$ ($k=6$). Psykiske symptomer $r=.15$ ($k=15$). Partiel mediation	Evidens for, at psykiske problemer medfører hyppigere sygefravær	Subgruppeanalyse af studier med diagnose med noticerende mentale helbredsproblemer

Tabel 2.2. Skema til dataudtrækning for review-artikler om mentalt helbred og sygefravær

Bibliografiske oplysninger	Antal studier	Periode	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Outcome	Resultater	Konklusioner	OBS-punkter
Hensing et al. 2004	16 studier	i.a.	Hvilke faktorer er prædiktorer for sygefravær med psykiske diagnoser? Forøger mentale helbredsproblemer sygefravær uanset grundlæggelse?	Arbejdspladser populatio- ner	Demografi- ske faktorer, arbejdsrelate- rede, famili- emæssige faktorer. Psykiatriske diagnostice- rede lidelser	Sygefravær begrundet med psykia- triske diag- noser. Sygefravær generelt	Kvinder hyp- pigere syge- fravær med psyk. diagno- ser. Modstridende resultater om personer med psyk. diagno- ser har hyppi- gere eller længere syge- fravær	Uitlstrækkelig evidens	Ikke fore- taget meta- analyse
Duitjts et al. 2007	20 prospektive studier	1975-2003	Identificere psykosociale helbredsproblemer som prædiktorer for sygefravær	Arbejds- plads- populatio- ner	Udbrændt- hed, psykiske problemer	>3 dages sygefravær	Udbrændthed OR=1,28 Psyriske pro- blemer 1,28	Begrænset evi- dens for lille sammenhæng mellem mentale helbredsproble- mer og sygefra- vær	Kun to prospekti- ve studier som grundlag for kon- klusion
Darr et al. 2008	153 studier med 275 sam- menligninger, både prospek- tive og tvær- snits-studier	1975-2003	Om arbejds- stress er præ- diktor for syge- fravær, og om denne sam- menhæng bli- ver medieret af psykisk og somatisk hel- bred	Arbejds- plads- populatio- ner	Arbejdsrela- terede fakto- rer og hel- breds faktorer	Frekvens af sygefravær. Tid tabt ved sygefravær	Arbejdsstress r=40 (k=6). Psyriske symptomer r=15 (k=15). Partiel media- tion	Evidens for, at psyriske proble- mer medfører hyppigere syge- fravær	Subgruppe analyse af studier med diag- nostice- de mentale helbreds- problemer

Et systematisk review fra 2004 (Vingard et al. 2004) beskæftiger sig med de personlige konsekvenser af sygefravær. Det antages, at sygefravær har både positive og negative konsekvenser for helbredet, arbejdslivet, det sociale liv og livskvaliteten. Nogle af disse konsekvenser er blevet undersøgt i forskellige studier, men der viste sig på tidspunktet for reviewet at være for få studier til, at der kunne drages sikre konklusioner. Det eneste studie af konsekvenser i form af inaktivitet, social isolation, depressivt humør og lavere selvtillid var et tværsnitsstudie, hvor man kun kunne konstatere en samvariation, men ikke kunne konkludere noget om årsagssammenhængen. I det hele taget er området meget lidt udforsket. Derfor er det ikke ud fra den foreliggende viden muligt at konkludere noget om evidensen for denne problemstilling. En af de mulige konsekvenser af sygefravær, nemlig øget risiko for at miste sit arbejde og blive førtidspensioneret, vil dog blive behandlet i afsnit 3.3 om mentalt helbred og førtidigt arbejdsophør.

Da ingen af de fundne systematiske reviews har inddraget studier, hvor diagnosticerede mentale helbredsproblemer har været anvendt som prædiktør- eller outcome-variable, har vi valgt at inddrage primært nordiske studier foretaget inden for de seneste 10 år. Sådanne studier forekommer at have større relevans i en dansk sammenhæng, da de danske regler for sygemelding og kompensation i forbindelse med sygefravær ligner reglerne i de nordiske lande mere end i andre lande.

Der er søgt efter longitudinelle studier, hvor mentale helbredsproblemer og arbejdsbelastninger er prædiktører, og studier, hvor outcome er sygefravær med psykiske diagnoser.

Forskningsspørgsmålene er de samme som anført i starten af afsnit 3.2.

1) Hvor hyppigt og langvarigt er sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer, og hvor stor er andelen af det samlede sygefravær?

Der er kun foretaget få undersøgelser, der kan være grundlag for at besvare de tre delspørgsmål under spørgsmål 1.

I en tidlig engelsk undersøgelse (Stansfeld et al. 1995) foretaget i midten af 1980'erne af sygefravær blandt offentligt ansatte viste det sig, at sygefraværperioder begrundet i mentale helbredsproblemer udgjorde 17-18 % af den samlede mængde af sygefraværperioder (>21 dage med sygefravær). Af alle beskæftigede mænd havde 0,6 % mindst én langvarig sygefraværperiode begrundet i mentale helbredsproblemer pr. år. For kvinder er det tilsvarende tal 1,6 % pr. år. Der var ikke oplysninger om varigheden af sygefraværet.

Et stort norsk studie af langvarigt sygefravær med psykiske diagnoser (Hensing & Wahlstrom 2004; Hensing et al. 2006) viste stigninger til det tredobbelte i forekomsten i løbet af en seksårig periode, for kvinder fra 1,7 % til 4,8 % pr. år og for mænd 0,8 % til 2,2 % pr. år. En mulig forklaring på en del af denne stigning kan være faldet i arbejdsløsheden, som har bevirket, at flere med mentale helbredsproblemer har fået mulighed for at komme i arbejde, hvilket derefter kan have bidraget til en forøgelse af sygefraværet begrundet i mentale helbredsproblemer.

Et stort belgisk studie (Clumeck et al. 2009) viste, at 3,4 % af de kvindelige medarbejdere i løbet af en treårig observationsperiode havde mindst én langvarig sygefraværperiode (mindst 28 dage) med diagnosticeret depression, mens 1,4 % af de mandlige medarbejdere havde det. Forekomsten af det langvarige sygefravær var afhængig af niveauet for depressionssymptomer målt ved baseline. For kvinder med lavt niveau af depressionssymptomer var forekomsten 2,2 %, for kvinder med højt niveau 4,2 %, mens forekomsten for mænd med lavt niveau af depressionssymptomer var 0,4 % og med højt niveau 2,6 %. Både kvinder og mænd med lav kontrol i eget arbejde (M: OR=2,43, K: OR=2,21) havde en forøget risiko for langvarigt sygefravær med depression, også når der blev kontrolleret for niveauet af depressionssymptomer ved baseline. Hverken høje krav eller lav grad af social støtte havde nogen sammenhæng med senere sygefravær på grund af diagnosticeret psykisk lidelse.

En dansk undersøgelse (Sogaard & Bech 2009; Søgaard 2007) viste en incidens af langtidssygemeldinger (mindst otte uger) på 4,2 % pr. år. Heraf havde 26 % en psykisk sygemeldingsdiagnose, men ved en screeningsundersøgelse af sygemeldte i mindst otte uger viste det sig, at forekomsten af mentale helbredsproblemer blandt alle de sygemeldte lå på 48 %. Det giver et skøn over incidensen af langvarigt sygefravær mellem 1,1 %, såfremt man tager udgangspunkt i diagnosen ved sygemeldingen og 2,2 %, såfremt udgangspunktet er screeningsundersøgelsen foretaget efter otte ugers sygefravær.

I et hollandsk studie (Roelen et al. 2009) undersøgte man incidensen af langtidssygefravær begrundet i almindelige mentale helbredsproblemer fra 2001 til 2007. 12-mdr.-incidensen var i 2001 2,2 %, stigende i 2004 til 2,7 %, men faldt igen i 2007 til 2 %.

Angående varigheden af sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer angiver en norsk undersøgelse foretaget i 1994 (Hensing et al. 2000) en median varighed på 53 dage for kvinder og 60 dage for mænd. En lidt senere undersøgelse også foretaget i Norge i 1997-98 viser en median varighed på

90 dage, dvs. lidt højere end 3-4 år tidligere. Ingen af de øvrige undersøgelser siger noget om varigheden.

Varigheden af sygefraværsperioder begrundet i mentale helbredsproblemer er ifølge visse studier lidt længere end varigheden af sygefravær begrundet i somatiske lidelser. En hollandsk undersøgelse af sygefraværsperioder i et nationalt sample viste en median varighed af sygefraværsperioder begrundet i depression på henholdsvis 179 dage og 201 dage for beskæftigede mænd og kvinder. En finsk undersøgelse fandt en gennemsnitlig varighed på 142 dage. I et hollandsk studie af almindelige mentale lidelser fandtes en median varighed mellem 79 og 119 dage i perioden 2001-07. Der er dog generelt utilstrækkelig information om, hvorvidt sygefraværsperioder begrundet i mentale helbredsproblemer har længere varighed end sygefravær begrundet i somatiske lidelser.

Der er således stor variation i varigheden af sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer. En del af variationen kan nok forklares ved forskellige regler for sygemeldinger og compensation under sygefravær. Dog kan det ikke udelukkes, at også forskelle mht., hvorledes undersøgelserne er gennemført, har påvirket resultaterne. Der er fx anvendt forskellige afgrænsninger af, hvad der forstås som langtidssygefravær samt forskellige definitioner af mentale helbredsproblemer.

Samlet set viser disse undersøgelser en højere forekomst af nye tilfælde (incidens) af lange sygefraværsperioder begrundet i mentale helbredsproblemer blandt kvinder end blandt mænd.

Der findes kun ganske få estimater af sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer som en andel af det samlede sygefravær. I den tidligere nævnte engelske undersøgelse fra 1980 var andelen 17-18 %. I den hollandske undersøgelse var andelen gennemsnitligt 25 % i perioden 2001-07, hvor der dog var en variation mellem forskellige brancher. Lavest var andelen i byggebranchen med 16 %, højest i uddannelsessektoren med 39 % og den finansielle sektor med 31 % af det samlede antal sygefraværsk dage. I den danske undersøgelse (Søgaard 2007) var andelen af langtidssygemeldinger (mere end otte uger) med en psykisk diagnose 26 % ved sygemeldingen og ved screeningen 48 %.

Der er svag indikation for, at der er sket en stigning i incidensen af sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer. Man kan ikke vide, hvor stor en del af denne stigning, der kan tilskrives en øget opmærksomhed om, at mentale helbredsproblemer kan medføre sygefravær.

Fra andre undersøgelser ved vi, at en del af de mentale helbredsproblemer ikke erkendes, hverken af personen selv eller den læge, der foretager sygemeldingen. Det kan der være flere grunde til. For det første vil personer med mentale helbredsproblemer samtidig have somatiske lidelser, og der kan ske det, at disse somatiske lidelser bliver diagnosticeret, mens de mentale lidelser ikke bliver det. For det andet kan der være en ængstelse for at blive udsat for stigmatisering, hvis man erkender og er åben med, at man har et mentalt helbredsproblem. Det kan føre til, at nogle forsøger at skjule det over for både sig selv, lægen og andre personer. Det fører til en underestimering af forekomsten af mentale helbredsproblemer blandt sygemeldte og en underestimering af deres andel af det samlede omfang af sygemeldinger og sygefraværssdage.

Der er i nogle af undersøgelserne indikation for, at mænd har lidt længere sygefraværperiode begrundet i mentale helbredsproblemer end kvinder. En mulig forklaring på denne forskel kan være, at mænd er mindre tilbøjelige til at melde sig syge på grund af mentale helbredsproblemer end kvinder, hvilket medfører, at sygemeldte mænd gennemsnitligt har mere alvorlige lidelser end sygemeldte kvinder. Dog er der også undersøgelser, der viser lidt højere varighed for kvinder.

2) Hvilke faktorer påvirker sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer?

Der er identificeret fire longitudinelle studier, der beskæftiger sig med faktorer, der påvirker sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer (se tabel 2.4). De fire studier har sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer som outcomes, men er indbyrdes forskellige, hvad angår de undersøgte prædiktorer. Resultaterne tyder på, at høje krav, lav jobkontrol og mangel på social støtte giver forøget risiko for senere sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer. Yderligere er der evidens for, at kombinationen af arbejdsmæssige og familiemæssige belastninger forøger risikoen for sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.

3) I hvilken grad har mentale helbredsproblemer for sygefraværet betydning for sygefraværet?

Der blev identificeret 14 longitudinelle studier med forskellige typer af mentale helbredsproblemer som prædiktorer og langtidssygefravær som outcome: Tre med træthed og stress, to med søvnvanskeligheder, tre med udbrændthed, fire med depression og tre med angst- og depressionssymptomer som prædiktorer. Da der var forskelle i både prædiktorfaktorer, mål for sygefravær og forskelle i opfølgningstid, er det vanskeligt at foretage en metaanalyse. Derfor vælges et traditionelt review.

De fire studier af sammenhængen mellem søvnbesvær og træthed og senere sygefravær (Akerstedt et al. 2007; Bultmann et al. 2005; Janssen et al. 2003; Sjøsten et al. 2009) viste alle signifikante effekter. Effekterne i studierne må dog alle betragtes som relativt små, idet alle risikoestimerne lå mellem 1,3 og 2,1. I ét af studierne (Akerstedt et al. 2007) blev træthed og søvnvanskeligheder analyseret samtidigt, og det fremgik af resultaterne, at begge faktorer havde effekt på sygefravær uafhængigt af hinanden.

Også alle tre studier med udbrændthed viste signifikante sammenhænge mellem høj grad af udbrændthed og senere sygefravær. Alle risikoestimer med enkelte undtagelser var relativt små. Da der var forskellige outcomemål, vanskeliggjorde det en metaanalyse.

De syv studier med mentale lidelser og mentale helbredsproblemer som prædiktorer viste alle signifikante sammenhænge mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær. Der var dog en enkelt undtagelse (Laitinen-Krispijn & Bijl 2000), hvor man fandt signifikant sammenhæng for mænd, men ikke for kvinder, med affektive lidelser eller angsttilstande. Risikoestimerne i de syv studier lå mellem 1,2 og omtrent 3, hvilket må betragtes som små til moderate effekter.

I en finsk undersøgelse (Vaananen et al. 2003) blev sammenhængen mellem somatisk og psykisk stress og senere sygefravær undersøgt. Både for kvinder og mænd var høj grad af både somatiske og psykiske stressreaktioner forbundet med senere langvarigt sygefravær.

I et dansk longitudinelt studie (Bultmann et al. 2006) havde 8,9 % af de beskæftigede kvinder og 6,5 % af de beskæftigede mænd i løbet af en observationsperiode mindst én periode med langvarigt sygefravær (mindst to uger). Personer med højt niveau af depressive symptomer ved baseline havde forøget risiko for langvarigt sygefravær i opfølgningsperioden (HR=2,3 M:HR=2,7).

I en amerikansk undersøgelse (Hardy et al. 2003) havde medarbejdere med et højt niveau af angst- og depressive symptomer efterfølgende højere sygefravær end personer med lavt niveau af symptomer, både målt på antal dage (85 % flere) og antal perioder (40 % flere). Ved kontrol for arbejdstilfredshed havde både symptomer og tilfredshed indbyrdes uafhængige sammenhænge med senere sygefravær.

Også de fire sidste longitudinelle studier bekræfter, at der er en tydelig sammenhæng mellem depression og langtidssygefravær. Det ene studie (Gilmour & Patten 2007) viser, at sammenhængen mellem depression og sygefravær var stærkest blandt kontor- og administrationsmedarbejdere, selvom hele grup-

Tabel 2.3. Skema til dataudtrækning for artikler om mentalt helbred og sygefravær, forekomst af sygefravær med mentale helbredsproblemer, udvikling over tid samt andel af det samlede sygefravær							
Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgningstid	Outcomes	Resultater	Konklusion
Hensing et al. 2004 Norge	Undersøge forekomst og varighed af sygefravær med psykiske diagnoser	Ca. 2 mio. forsikrede	Køn, alder	1 år	Sygefraværperioder med mentale diagnoser	Kumuleret incidens 1,46 % K 1,65 K (m)=105 dage M (m)=113 dage	
Hensing et al. 2006 Norge	Undersøge forekomst af sygefravær med psykiske diagnoser over tid	Ca. 2 mio. forsikrede	År, køn, alder, region	4 gange 1 år	Sygefraværperioder med mentale diagnoser	Stigning fra 1994 til 2000 K 1,7 %-4,8 % M 0,8 %-2,2 % Regioner variation 2000 K 4,6-5,6 % M 2,1-3,2 %	
Nystuen P 2001 Norge	Beskrive incidens og varighed af forskellige kategorier af mentale helbredsproblemer med >2 ugers sygefravær blandt beskæftigede	101.512 personer med 1 eller flere lange sygefraværperioder (>2 uger) pga. psykologiske problemer identificeret i 1997 og 1998	ICPC	2 år	Andel af alle sygefraværperioder. Varighed af sygefraværperioder	Fravær pga. psykologiske problemer udgjorde 16,8 % af alle tilfælde og 31,5 % af alle dækkede fraværsdage. 1-års incidens 2,47 %, K 3,53 %, M 1,66 % Incidensen stigende med alder, mere for K end for M. For alle fraværperioder Median varighed 79 dage. For perioder med psykologiske problemer ca. 90 dage	Mentale helbredsproblemer udgør et betydeligt problem i Norges arbejdsstyrke. Der er et påtrængende behov for mere viden om effektivitet af interventioner
Stansfield SA 1995 England	Undersøge grunde til kort, mellem- og langvarigt sygefravær	10.308 offentligt ansatte 35-55 år	Grunde til sygefravær	Prævalensundersøgelser 1985-88	Sygefraværperioder med mentale lidelser: 1. Andel af alle perioder 2. Rate	Korte perioder (<7 dage) Andel M 4 %, K 6 % Rate M 4 %, K 10 % Mellemlange perioder (>7 dage) Andel M 11 %, K 12 % Rate M 1,1 % K 3,2 % Lange perioder (>21 dage) Andel M 17 % K 18 % Rate M 0,6 % K 1,6 %	For både mænd og kvinder var psykiske lidelser den næsthøypigste grund til langt sygefravær

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgningstid	Outcomes	Resultater	Konklusion
Sorvaniemi M 2003 Finland	Sygefravær relateret til depression	213 beskæftigede med diagnosticeret depression	Demografiske, kliniske og behandlings-mæssige faktorer	30 mdr.	Varighed af sygefravær	Gennemsnitligt sygefravær=142 dage	
Clumeck et al. 2009, Godin et al. 2009 Frankrig	Undersøge forekomst af sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer	9.396 medarbejdere fra 11 store virksomheder	Diagnoser	3 år	Sygefravær med depression >28 dage	Incidens M 1,4 % K 3,4 %	
Søgaard 2007 Danmark	Undersøge forekomsten af mentale lidelser blandt langtidssygemeldte	Alle langtidssygemeldte (>8 uger) i 1 år i 6 kommuner 2.371 personer	Tværsnit-undersøgel- se		Incidens af sygemeldinger (>8 uger) Forekomst af psykiske diagnoser blandt sygemeldte	Kumuleret incidens 4,2 % Hyppigheden af en psykiatrisk diagnose blandt langtidssygemeldte 48,2 % Hyppighed af psykiatriske sygemeldingsdiagnoser 25,9 %	
Koopmans 2008 Holland	Undersøge varigheden af sygefravær blandt medarbejdere med depression	Alle sygefraværspersoner hos 15 % af beskæftigede	Køn alder, sektor, uddannelse	2½ år	Varighed af sygefravær begrundet i depression	M: median=179 dage. K: median=201 dage. Ældre længere sygefravær. Kortere varighed i store virksomheder.	Medarbejdere med depression har sygefraværspersoner af lang varighed
Roelen CA et al. 2009	Undersøge incidens, varighed af sygemeldinger (>28 dage) med CMD samt andelen af totale sygefravær	Observationelt studie af ca. 1 mio. beskæftigede i forskellige sektorer repræsentative for den hollandske arbejdsstyrke	Køn, alder, sektor	Tværsnit-undersøgel- se 2001-07	Incidens og varighed af sygemeldinger >28 dage begrundet i CMD	Risiko for 1 års fravær 24 % Incidens 2001 2,2 %, 2003-04 2,7 % 2007 2,0 %. Varighed median 79-119 dage. Andel af totale sygefravær gnsntl. 26 %. Lavest i byggesektor 16 %. Højest i uddannelsessektor 39 %	
Forkortelser ICPC = International Classification of Primary Care CMD = almindelige psykiske lidelser							

Tabel 2.4. Skema til dataudtrækning for artikler om arbejdsmiljøfaktorer og sygefravær begrundet med mentale helbredsproblemer

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Observationsperiode Opfølgningstid	Outcomes	Resultater	Konklusion
Melchior M 2007 Frankrig	Undersøge den samlede effekt af arbejds- og familiekraft på sygefravær med psykiatiske problemer	Kohorte 8.869 mænd og 2.671 kvinder	Arbejdsbelastninger og familiekraft	9 år	Sygefraværsdage med psykiisk diagnose	Samtidige høje arbejds- og familiekraft. Effekt på sygefravær: M: RR=2,37, just OR=1,82 K: RR=6,36, just OR=5,04 (just demografiske, adfærd og helbred) Effekt på sygefravær med depression: M: RR=4,70, just OR=3,55 K: RR=8,57, just OR=6,58	Mænd og kvinder udsat for samtidige høje arbejds- og familiekraft har høj risiko for sygefravær pga. mentale helbredsproblemer
Cluneck et al. 2009, Godin et al. 2009 Frankrig	Arbejdsbelastninger som prædiktor for langvarigt sygefravær med depression	9.396 medarbejdere fra 11 store virksomheder	Arbejdsbelastning	3 år	Sygefravær med depression > 28 dage	Incidence 11,4 %, K 3,4 % Lav jobkontrol K OR=2,21 M OR=2,43	Psykosocialt arbejdsmiljø påvirker langvarigt sygefravær med depression
Stansfeldt SA 1997 England	Undersøge effekt af familie og arbejdsrelateret kroniske stressorer og social støtte på sygefravær med psykiatiske lidelser	4.202 offentligt ansatte	Social støtte i familie og arbejde	5 år	Korte og langvarige perioder med sygefravær med psykiatiske lidelser	Negativ social support og materielle problemer, foregelse af sygefravær med psykiatiske lidelser K OR=4,3 M=5,3	
Inoue A 2009 Japan	Undersøge perspektiv sammenhæng mellem arbejds- og familiefaktorer og forøget risiko for langtids- sygefravær med depression	15.256 mænd 18-67 år uden tidligere mentale lidelser, beskæftiget i 6 industrivirksomheder	jobkontrol	5,14 år	Sygefravær > 30 dage med depression	Høj jobkontrol HR=0,28 Høj rolleklarhed HR=3,49	Jobkontrol og rolleklarhed er prædiktorer for langvarigt sygefravær begrundet i depression Høj rolleklarhed uafhængigt af depressive symptomer

pens fravær var mindre end industriarbejdernes. Det kunne forklares med, at de depressive symptomer havde mere indflydelse på udførelsen af deres arbejdsopgaver end andre jobgrupper.

Yderligere viste et studie af medarbejdere med smerter, at de, der samtidig havde depressive symptomer, havde en tredoblet risiko for sygefravær i forhold til dem uden depressive symptomer (Munce et al. 2007). Dette resultat tyder på, at comorbiditet, hvor mentale helbredsproblemer indgår, har stor betydning for sygefravær.

Et hollandsk studie (Laitinen-Krispijn & Bijl 2000) viste, at mentale helbredsproblemer havde stærkere sammenhæng for mænd end for kvinder. Det sidste studie viste, at depression havde stor betydning for, at medarbejdere blev afskediget, samt betydning for sygefravær for dem, som fortsat var ansat (Lerner et al. 2004b).

4) Hvilke konsekvenser har langvarigt sygefravær for mentale helbredsproblemer?

I fraværskforskningen har man hidtil gået ud fra den præmis, at mentale helbredsproblemer påvirker sygefraværet og ikke omvendt. Muligheden for den omvendte sammenhæng, hvor sygefraværet påvirker det mentale helbred, eller en sammenhæng, hvor påvirkningen går begge veje, er kun meget sporadisk undersøgt. Det blev dog nævnt i et af de allerede omtalte reviews (Vingard et al. 2004), at sygefravær kunne have både positive og negative konsekvenser, herunder positive virkninger på det mentale helbred.

Umiddelbart kan man forvente, at korttidssygefravær har positive konsekvenser, idet personen får mulighed for at komme sig og genvinde sin arbejdsevne. Hvis personen før sygefraværet har arbejdet under belastende arbejdsforhold, kan sygefraværet indebære en lettelse i forhold til sådanne belastninger. At melde sig syg kan være en copinghandling, som er sundhedsfremmende. Der har som nævnt ikke været megen forskning i disse potentielt positive konsekvenser. I Whitehall II-studiet (Kivimäki et al. 2003) fandt man, at en mindre andel af sygemeldingerne havde en beskyttende virkning i forhold til senere alvorlige helbreds-virkninger. Omvendt kan man forvente, at langtidssygefravær har overvejende negative konsekvenser, både af økonomisk, social og psykisk art, hvoraf nogle kan hænge sammen med, at man enten er blevet afskediget fra sit arbejde, er usikker eller måske frygter at miste arbejdet. Men heller ikke sådanne konsekvenser har været udforsket i særlig stort omfang.

Der er i de seneste år foretaget en række longitudinelle studier, hvor man har undersøgt, om langvarigt sygefravær har sammenhæng med efterfølgende helbred og dødelighed. Flere af disse studier (Ferrie et al. 2009; Gjesdal et al.

2009; Hansen & Andersen 2009; Head et al. 2008; Kivimaki et al. 2008a; Kivimaki et al. 2008b; Lund et al. 2009; Melchior et al. 2009; Vahtera et al. 2009) har påvist, at langvarigt sygefravær er en prædiktor for forværring af helbredet og forøget dødelighed, og at personer, der har et lavt sygefravær, selvom de har et generelt dårligt helbred, senere får en større forbedring af deres helbred sammenlignet med personer, der har meldt sig syge.

Der er kun få longitudinelle studier af sammenhængen mellem sygefravær og efterfølgende ændring af mentalt helbred. Et fransk studie (Melchior et al. 2009) viste, at personer, der var ikke-depressive ved baseline og i løbet af en treårs periode havde langvarigt sygefravær, efterfølgende havde en forøget risiko for at udvikle depression. Personer, der havde to eller flere sygefraværperioder, havde omtrent dobbelt så høj risiko for depression som dem, der ikke havde haft nogen langvarig sygefraværperiode i de tre forløbne år.

Et svensk studie (Staland-Nyman et al. 2008) undersøgte, om kvinder med psykiske lidelser fik forbedret eller forringet deres selvvaluerede helbred. Resultaterne viste, at de, som havde haft langtidssygefravær, havde dårligere helbred både før og efter sygefraværet end dem, der ikke havde haft sygefravær. De kvinder, der ved baseline havde dårligt helbred, og som i løbet af en periode på fem år havde haft langtidssygefravær, havde større risiko for stadig at have dårligt helbred end dem uden langtidssygefravær i samme periode (OR=4,4).

Et svensk tværsnitstudie (Floderus et al. 2005) undersøgte, hvilke positive og negative konsekvenser der var forbundet med langtidssygefravær (12-18 mdr.). Halvdelen af de undersøgte havde fortsat sygefravær, mens de øvrige var vendt tilbage til arbejdet. Negative konsekvenser i form af begrænsninger af fritidsaktiviteter, søvnvanskeligheder og dårligt psykisk velbefindende var hyppige hos dem, som fortsat havde sygefravær. Forbedret søvn var den konsekvens, der var tættest associeret med tilbagevenden til arbejdet. Konsekvenserne for personer med psykiske lidelser var både positive og negative.

Yderligere et svensk studie viser, at langtidssygefravær har sammenhæng med senere økonomiske vanskeligheder samt tendenser til social isolation (Bryngelson 2009).

5) Hvilken betydning har comorbiditet for sygefravær og nedsat produktivitet?

I Kapitel 2 blev det vist, at comorbide lidelser, hvor der indgår såvel mentale helbredsproblemer som somatiske sygdomme, er relativt hyppige i befolkningen. I dette afsnit vil vi beskæftige os med de separate effekter og den samlede effekt af samtidige mentale og somatiske problemer samt med, om

Tabel 2.5. Studier om mentale helbredsproblemer som prædiktorer for langvarigt sygefravær

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Observationsperiode	Outcomes	Resultater	Konklusion
Jansen et al. 2003 Holland	Om træthed har sammenhæng med senere kortvarigt og langvarigt sygefravær	7.495 medarbejdere i 45 forskellige virksomheder	Træthed	6 mdr.	Langvarigt sygefravær. Tid til første sygefraværperiode	Langvarigt sygefravær OR=1,53, just OR=1,40. Tid til første sygefraværperiode RR=0,85	
Bultmann et al. 2005 Holland	Om stress og træthed har sammenhæng med senere langvarigt sygefravær	6.403 beskæftigede	Stress og træthed	18 mdr.	Langvarigt sygefravær	Stress K: RR=1,45 M: RR=1,33	
Akerstedt et al. 2007 Sverige	Om søvnbesvær og træthed har sammenhæng med senere langvarigt sygefravær	8.300 personer i et nationalt sample	Søvnbesvær, træthed	2 år	Langvarigt sygefravær >90 dage	Søvnbesvær R=1,44 (just OR=1,24) Træthed OR=1,47 (just OR=1,35)	
Sjosten N 2009 Finland	Om obstruktiv søvnapnø er forbundet med senere nedsat arbejdsevne	766 beskæftigede med OSAS (cases) 3.827 matchede kontrolpersoner	Søvnapnø	6 år	Sygefravær >90 dage. Langt sygefravær >90 dage. Sygefravær med mental lidelse. Førtidspension	Første sygefraværperiode K HR=2,1 M HR=1,7 Førtidspension OR=2 Førtidspension med MD OR=2,8	
Ahola et al. 2008 Finland	Udbrændthed som årsag til lægecertificeret sygemelding	Et repræsentativt sample af 3.151 beskæftigede, 30-60 år	Udbrændthed	2 år	Varighed af sygefravær	M OR=6,9 K OR=2,2 Kontrol for demografiske faktorer og mentalt helbred	Udbrændthed medfører forlænget sygefravær ud over virkningen af mentale lidelser
Borritz 2006 Danmark	Om udbrændthed prædikterer sygefravær i arbejde med mennesker	Forskellige jobgrupper, der arbejder med mennesker	Udbrændthed (CBI)	3 år	Sygefravær, antal dage og antal perioder	Arbejdsrelateret udbrændthed. Antal dage RR=1,21. Antal perioder RR=1,09	Udbrændthed prædikterer senere sygefravær
Toppinen-Tanner S 2005 Finland	Om udbrændthed fører til forøget sygefravær	3.895 industri- og beskæftigede fra 1 virksomhed	Udbrændthed	4 år	Sygefraværperioder (>3 dage)	Udbrændthed associeret med sygefraværperioder RR=1,24 just RR=1,08	

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Observationsperiode	Outcomes	Resultater	Konklusion
Bultman et al. 2006 Danmark	Om depression har sammenhæng med senere langvarigt sygefravær	Et tilfældigt sample af 4.747 beskæftigede	Depressive symptomer	78 uger	Langvarigt sygefravær	K. HR=2,27 M. HR=2,69	
Gilmour HP 2007 Canada	Estimere prævalensen af depression blandt beskæftigede. Sammenhæng mellem depression og senere sygefravær	?	Depression	2 år	Sygefravær	Næsten 4 % af beskæftigede 25-64 år havde haft episode med depression inden for det seneste år. Depression forbundet med forøget sygefravær 2 år senere	
Munce SE 2007 Canada	Undersøge, om depression er associeret med sygefravær hos personer med kroniske smerter	9.238.154 personer med mindst et kronisk smertetilfælde og sygefravær inden for den seneste uge	Depression		Sygefravær	19 % af de fraværende kunne diagnosticeres med depression vs. 8 % af ikke-fraværende. Depression udgjorde 3-fold risiko for sygefravær. Andre risikofaktorer for sygefravær: ung alder, højere indkomst og mere uddannelse	Comorbid depression og kronisk smerte udgør betydelig kilde til sygefravær
Lerner D 2004 USA	Betydning af depression for forskellige arbejdsrelaterede outcomes	229 beskæftigede med depression, 2 sammenligningsgrupper: 173 raske og 87 med reumatoid arthritis	Depression (screening instrument (PC-SAD) til vurdering af dystymi og major depression	6 mdr.	Arbejdsløshed, Job turnover, Sygefravær, Nedsat produktivitet	Arbejdsløshed Depre 14 % RA 3 % Raske 2 % Sygedage/2 uger (gnsntl.) Depres 1,4 RA 0,8 Raske 0,5	Depression medfører forøget arbejdsløshed og højere sygefravær blandt dem, der stadigvæk er ansat
Hardy 2003 USA	Om angst og depressive symptomer har sammenhæng med senere sygefravær	Medarbejdere i sundhedssektor	Angst- og depressive symptomer (GHQ-12)	3 år	Antal sygefraværsdage, Antal sygefraværperioder	Antal sygefraværsdage GHQ-cases 7,41 dg/år Ikke case 3,99 dg/år Antal sygefraværperioder GHQ-cases 7,41 pr./år Ikke case 3,99 pr./år	

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Observationsperiode	Outcomes	Resultater	Konklusion
Vaananen et al. 2003 Finland	Psykosociale årsager til sygefravær i privat industri	3.895 medarbejdere fra træindustri	Somatiske og psykiske stresssymptomer (GHQ)	1 år 9 mdr.	Sygefravær (4-21 dage) Langt sygefravær >22 dage	Sygefravær (4-21 dage) Somatisk stress K: RR=1,54 M: RR=1,29 Psykisk stress K: RR=1,31 M: RR=1,29 Langt sygefravær >22 dage Somatisk stress K: RR=1,41 M: RR=1,67 Psykisk stress K: RR=1,66 M: RR=1,68	
Laitinen-Krispijn 2000 Holland	I hvilken udstrækning forskellige former for psykiske lidelser er forbundet med senere forøget sygefravær	3.695 beskæftigede, 18-64 år fra et nationalt sample	Mentale lidelser inden for de seneste 12 mdr.	1 år	Sygefravær	Affektiv lidelse M OR=1,72 K=1,20 (ns) Angsttilstand M OR=1,37 K=0,94 ns En eller anden mental lidelse M OR=1,22 K=1,05 ns	Mentale lidelser forøget risiko for fravær hos mænd, ikke blandt kvinder
<i>Forkortelser</i>							
HR=hazard ratio							
MBI=Maslach Burnout Inventory-General Survey							
Ns=ikke signifikant							

comorbiditet er associeret med større arbejdsmæssige konsekvenser end de "rene" lidelser.

I et stort canadisk studie (Schmitz et al. 2007; Stein et al. 2006) blev det påvist, at depression i de foregående 12 mdr. var forbundet med forøget sygefravær og nedsat funktion hos mennesker med seks forskellige kroniske, somatiske sygdomme.

I WHO World Mental Health Survey, der samlet omfatter 18 nationale studier (Scott et al. 2009), blev det påvist, at risikoen for funktionsnedsættelse blandt personer med både psykiske lidelser og hver af fem forskellige somatiske sygdomme var signifikant større end summen af risiko fra de enkelte lidelser, samt at de psykiske lidelser hyppigere end de somatiske lidelser var associeret med svær funktionsnedsættelse.

I den europæiske del af dette internationale studie (Buist-Bouwman et al. 2006) blev det vist ved anvendelsen af WHO DAS-II, at mentale helbredsproblemer var forbundet med funktionsnedsættelser inden for alle funktionsområder. Angsttilstande havde den største virkning, fulgt af depression. Studiet viste ydermere, at de mentale helbredsproblemer var forbundet med funktionsnedsættelser på niveau med eller større end dem for de somatiske lidelser. I en efterfølgende analyse (Buist-Bouwman et al. 2008) blev det undersøgt, hvilke specifikke funktionsnedsættelser der kunne forklare aktivitetsbegrænsninger og nedsat rollefunktion bl.a. i arbejdet. Der blev fundet en stærk sammenhæng mellem depression og nedsat rollefunktion. Koncentrations- og opmærksomhedsvanskeligheder og problemer med at træffe vanskelige beslutninger medierede den største andel af denne sammenhæng.

I det seneste amerikanske, nationale studie (Merikangas et al. 2007) blev det estimeret, at mere end halvdelen af den amerikanske befolkning har haft en eller flere somatiske eller psykiske lidelser inden for de seneste 12 mdr. De udspurgte personer angav i gennemsnit at have 32 flere dage med funktionsnedsættelse end matchede kontrolpersoner. Muskel- og skeletbesvær og mentale helbredsproblemer havde den største effekt på dage med funktionsnedsættelse, og psykiske lidelser kunne forklare mere end halvt så mange dage med funktionsnedsættelse som alle somatiske lidelser tilsammen i befolkningen som helhed. De specifikke lidelsers sammenhæng med nedsat funktionsevne var markant svagere, når der blev kontrolleret for comorbiditet, hvilket indikerer, at tidligere studier, der generelt ikke kontrollerer for comorbiditet, har overestimeret de sygdomsspecifikke effekter. Ved parvis sammenligning mellem somatiske og psykiske lidelser (Druss et al. 2009) viste det sig, at funktionsnedsættelsen generelt var større for de psykiske lidelser end for

Tabel 2.6. Studier om konsekvenser af sygefravær

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Observationsperiode	Outcomes	Resultater	Konklusion
Melchior 2009 Frankrig	Om sygefravær påvirker fremtidigt mentalt helbred	7.391 fra en national gas- og elvirksomhed uden depression i foregående 3 år	Sygefravær >7 dage i foregående tre år	3 år	Depression (CES-D)	1 lang periode OR=1,62 Kontrolleret OR=1,53 2 el. fl. lange perioder OR=2,21 Kontrolleret OR=1,95	Sygefravær prædikerer fremtidig depression blandt sunde medarbejdere. Medarbejdere med sygefravær >7 dage i foregående tre år havde omtrent dobbelt så stor risiko for depression som medarbejdere uden langt sygefravær
Staland-Nyman 2009 Sverige	Om sygefravær har konsekvenser for helbredet for personer med psykiske lidelser	231 kvinder	Langtidssygefravær	5 år	Selvurderet helbred	K udsat for LTFS OR for fortsat dårligt helbred OR=4.1 (95% CI 1,1-15,4 K med psykiske lidelser, OR for ændring tiln godt helbred OR=9.9 (1,7-58,5).	
Bryngelson A 2009 Sverige	Om langvarigt sygefravær medfører social udelukkelse	Et repræsentativt sample på 3.144 personer, der havde haft langtidssygefravær	Langtidssygefravær		Økonomiske problemer Sociale relationer	Langtidssygemeldte havde flere økonomiske problemer og var mere socialt isolerede end ikke-sygemeldte	Langtidssygefravær synes at forøge risiko for dårlig økonomi og social isolation
Floderus B 2005 Sverige	At undersøge indflydelse af langtidssygefravær på livssituationen	862 personer, der havde haft langtidssygefravær, hvoraf halvdelen fortsat havde sygefravær	Fortsat sygefravær Psykisk lidelse	Tværsnitsundersøgelse	Fritidsaktiviteter, søvn, psykisk velbefindende, samt andre positive og negative konsekvenser	Fortsat sygefraværende havde flere negative konsekvenser mht. fritidsaktiviteter, søvnproblemer og dårligt psykisk velbefindende. Personer med psykiske lidelser havde flere negative konsekvenser	Flest negative konsekvenser forbundet med fortsat langtidssygefravær. Forbedret søvnkvalitet associeret til tilbagevenden til arbejde. Modsatrettede konsekvenser for folk med psykiske lidelser

de kroniske somatiske lidelser i 74 % af de parvise sammenligninger, og at svære funktionsnedsættelser blev angivet i en større andel blandt personer med mentale helbredsproblemer (42 %) end blandt personer med kroniske somatiske sygdomme (24 %). Men en signifikant mindre andel af personer med mentale helbredsproblemer blev behandlet (21 %) end personer med kroniske somatiske sygdomme (58 %).

Tilsvarende sammenhænge blev vist i et hollandsk studie (Buist-Bouwman et al. 2005). Alle de undersøgte med somatiske lidelser havde en signifikant forøget forekomst af mentale helbredsproblemer, hvor både de somatiske og de psykiske lidelser havde sammenhæng med nedsat arbejdsfunktion, og den psykiske lidelse havde større betydning for den nedsatte arbejdsfunktion. Desuden førte somatiskpsykisk comorbiditet hovedsagelig til en additiv forøgelse af tab af arbejdssevne.

Et andet amerikansk studie (Kessler et al. 2003) viste, at fire somatiske tilstande havde sammenhæng med sygefravær og dage med nedsat funktionsevne, men videre analyser viste, at reduktioner af funktionsevnen næsten helt var begrænset til de personer, der havde et samtidigt mentalt helbredsproblem.

Opsummering og diskussion

I dette afsnit har vi hidtil beskæftiget os med spørgsmålet om, hvilke faktorer der har sammenhæng med sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer, og om mennesker med mentale helbredsproblemer har større risiko for hyppigere og/eller længerevarende sygefravær. Vi har forsøgt at belyse de to spørgsmål ud fra de foreliggende systematiske reviews. Det var begrænset, hvilke konklusioner der kunne drages på grundlag af de systematiske reviews. Den primære grund til det er, at de fleste af reviewene bygger på et stærkt begrænset antal prospektive studier, og at disse i nogle tilfælde har vist modstridende resultater. På grund af dette lille antal studier har det kun været muligt i et af de systematiske reviews (Darr & Johns 2008) at foretage en metaanalyse. Af samme grund har det ikke været muligt at estimere, hvor stærk sammenhængen med mentale helbredsproblemer er, eller analysere mulige forklaringer på de forskellige resultater i de enkelte undersøgelser.

Et andet problem er, at der er anvendt mange forskellige slags mentale helbredsproblemer som outcomemål i studierne, og at der kun i et mindre antal er anvendt diagnosticerede mentale helbredsproblemer. Andre begrænsninger er, at der er anvendt forskellige opfølgingsperioder, forskellige mål for

sygefravær og enten selvrapporteret eller registreret sygefravær, uden at det har været muligt at analysere, hvilken rolle sådanne metodemæssige forskelle har spillet for resultaterne.

Af samme grund har det heller ikke været muligt i de foreliggende systematiske reviews at analysere, om sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og sygefravær varierer efter, hvilke jobgrupper og brancher der er tale om, eller hvilke mentale helbredsproblemer der er tale om. Konklusionen blev således, at evidensen for sammenhængen er modstridende og utilstrækkelig. Der blev ikke foretaget nogen metaanalyse, som kunne give et samlet skøn over sammenhængen og eventuelt kunne finde nogle forklaringer på forskellene i resultaterne.

Lidt overraskende var der således ikke tilstrækkelig evidens i de systematiske reviews for, at mentale helbredsproblemer er en risikofaktor for kortvarigt sygefravær eller langvarigt sygefravær. Vi valgte derfor at inddrage senere longitudinelle studier, hvoraf der er blevet udført flere i de nordiske lande til at besvare de stillede forskningsspørgsmål:

1) Hvor hyppigt og langvarigt er sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer, og hvor stor er andelen af det samlede sygefravær?

Der er indikation for, at der er en stigende hyppighed af langtidssygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer i det sidste årti. Incidensen er skønnet til at være mellem 1 % og 5 % for kvinder og mellem 0,5 % og 2 % for mænd. En del af variationen kan henregnes til forskellige afgrænsninger af, hvad langtidssygefravær er. Derudover er der betydelige forskelle mellem de lande, hvor det er undersøgt. I Danmark skønnes incidensen for langtidssygefravær (> 8 uger) begrundet i mentale helbredsproblemer at være mellem 1,1 % og 2,2 %. I Danmark er der ikke tilstrækkelig dokumentation for en stigning, da der ikke er særlig gode oplysninger om sygemeldingsdiagnoser, og da der kun er foretaget én undersøgelse heraf. I de offentlige statistikker kan man se, at der er sket en stigning i det langvarige sygefravær, men vi ved ikke, om mentale helbredsproblemer har bidraget til denne stigning. Fra 2005 til 2008 er der sket en stigning på 24 % i antal personer med sygefravær over fire uger (svarende til en stigning på 20 % i andelen af beskæftigede fra 2,05 % til 2,46 %) og en stigning i gennemsnittet af varigheden af langvarigt sygefravær fra 32 uger (=0,62 år) til 37 uger (=0,71 år), dvs. en stigning på 16 %. Andelen af sygemeldte med sygefravær på mere end fire uger af alle sygemeldte er steget fra 75 % til 79 % (beregninger på grundlag af informationer fra Danmarks Statistik).

Forskellen mellem disse skøn skyldes, om man anvender diagnosen ved sygemeldingen eller i forbindelse med en psykiatrisk undersøgelse efter otte ugers fravær. Et interessant spørgsmål er her, om forskellen skyldes underdiagnosticering ved sygemeldingen, eller om der under sygefraværet er sket en vækst i andelen, der har en psykisk lidelse.

En anden usikkerhed er, at der anvendes forskellig diagnosticeringspraksis ved sygemelding. Derved kan der være usikkerhed om den enkelte diagnose og usikkerhed om, hvorvidt der underdiagnosticeres, fx fordi man overser tilstande med samtidige somatiske og psykiske lidelser. En grund til, at psykiske lidelser kan være underdiagnosticerede, er, at praktiserende læger enten ikke har et tilstrækkeligt kendskab til psykiske lidelser eller ikke foretager den fornødne undersøgelse, eller at klienten ikke erkender eller angiver psykiske symptomer.

Der er tillige store forskelle i længden af sygefravær begrundet i psykiske lidelser. Det målte sygefravær varierer fra en medianværdi på 90 dage til en medianværdi på 200 dage. En del af variationen kan tilskrives forskelle i, hvilke periodelængder der medregnes, og hvilke mentale helbredsproblemer der er tale om.

Der er kun få undersøgelser, der belyser spørgsmålet om, hvor stor en andel af sygefraværet der er begrundet i mentale helbredsproblemer. Det bedste skøn ligger på omtrent 25 % i perioden efter 2000. Den eneste danske undersøgelse når frem til samme resultat, men der er dog indikation for, at tallet er en understimering. Der synes at være forskelle imellem brancher, idet andelen i den bedste undersøgelse varierer fra 16 % til 39 %.

2) Hvilke faktorer påvirker sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer?

Resultater fra de fire longitudinelle undersøgelser med sygefravær pga. mentale lidelser som outcome tyder på, at høje krav, lav jobkontrol og mangel på social støtte giver forøget risiko for senere sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer. Endvidere er der moderat evidens for, at kombinationen af arbejdsmæssige og familiemæssige belastninger forøger risikoen for sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.

3) I hvilken grad har mentale helbredsproblemer for sygefraværet betydning for sygefraværet?

Der er stærk evidens for, at depression medfører en forøget risiko for sygefravær, og tillige at udbrændthed, søvnvanskeligheder, stressreaktioner og træthed medfører forøget risiko for sygefravær. Endvidere er der indikation for, at også angst har sammenhæng med sygefravær. Der er yderligere indi-

kation for, at søvnvanskeligheder og træthed giver forøget risiko for sygefravær, også hvis man ser bort fra, at depression kan fungere som en mulig confounder i forhold til sygefravær.

Disse sammenhænge er grundigt dokumenteret gennem longitudinelle undersøgelser, hvilket er en forudsætning for, at man kan konkludere, at der er en kausal sammenhæng. I nogle undersøgelser er der anvendt kliniske diagnoser, og i andre er der anvendt spørgeskema (til at stille diagnosen depression). Der er overensstemmelse imellem resultaterne ved anvendelse af begge metoder.

4) Hvilke konsekvenser har langvarigt sygefravær for mentale helbredsproblemer?

Der er kun foretaget ganske få studier af den vigtige problemstilling, om sygefravær har positive og/eller negative konsekvenser for det mentale helbred. Der er nogle få undersøgelser, der indikerer, at konsekvenserne af langvarigt sygefravær er overvejende negative, men det må understreges, at det er vanskeligt at skelne mellem virkningerne af det helbredsproblem, der har medført sygefraværet, og virkningerne af selve sygefraværet. Der er kun i ét enkelt studie foretaget grundig kontrol for tidligere depressionssymptomer, og dette studie viste, at de, som havde to lange sygefraværsperioder i løbet af tre år, havde en dobbelt så høj risiko for efterfølgende udvikling af depression sammenlignet med kontrolgruppen. Man kan dog heller ikke i dette tilfælde udelukke, at begyndende depression i perioden på de tre år har bidraget til sygefraværet.

5) Hvilken betydning har comorbiditet for sygefravær og nedsat produktivitet?

Der er stærk evidens fra flere undersøgelser, at comorbide tilstande med samtidige mentale og somatiske helbredsproblemer giver risiko for sygefravær og nedsat produktivitet. Der er endvidere indikation for, at de mentale helbredsproblemer har større betydning end de somatiske problemer. I tilfælde med kroniske, somatiske sygdomme er der indikation for, at sygefraværet er koncentreret hos dem, som samtidig har mentale helbredsproblemer. Mentale helbredsproblemer synes således at forstærke virkningen af somatiske sygdomme på sygefravær. For denne problemstilling mangler der dog gode longitudinelle undersøgelser, som dels kan udrede de kausale relationer mellem de mentale og somatiske helbredsproblemer indbyrdes, dels kan undersøge, om der findes omvendte kausale relationer, fx at sygefravær i forbindelse med somatiske lidelser kan medføre øget risiko for mentale helbredsproblemer.

2.3. Sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør

Vi har ikke fundet systematiske reviews eller metaanalyser af prædiktorer for førtidspension. Det ser ud til, at dette hovedsagelig er undersøgt i de nordiske lande. Hvis man anvender overgang til ordninger, som svarer til den danske førtidspension, er der mange forskellige regler og ordninger i de forskellige lande, som i høj grad kan påvirke niveauet af tidligt arbejdsophør, og tillige også, hvilke årsager der kan tænkes at påvirke tilkendelsen af førtidspension o.l. I OECD-landene er omtrent 6 % af arbejdsstyrken på en eller anden form for førtidspension som følge af nedsat arbejdsevne (Statlin & Jarvholm 2005). Der er store forskelle mellem landene. Øverst ligger Polen med 12,4 %. I Norge er tallet 9,2 % og i Sverige 8,2 %. Lavest ligger Danmark med 4,2 % af arbejdsstyrken på førtidspension. I alle landene betyder tilkendelse af førtidspension for næsten alle et varigt arbejdsophør, og kun ganske få vender tilbage i arbejde. Man skal nok tage sådanne internationale opgørelser med nogle forbehold. Ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik er der i 2008 ca. 260.000 fra 16-65 år på førtidspension, som udgør 9,2 % af arbejdsstyrken, mens ca. 60.000 har et fleksjob, svarende til 2,1 % af arbejdsstyrken. Det er altså en ganske stor gruppe af mennesker i den arbejdsdygtige alder, der er uden for arbejdsmarkedet, og for en stor del af denne gruppes vedkommende skyldes dette mentale helbredsproblemer. Det er derfor vigtigt at undersøge sammenhængen mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør for at klarlægge, om der findes andre løsninger end permanent førtidigt arbejdsophør.

Konklusion vedr. evidens for sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør

Der er stærk evidens for, at psykiske lidelser udgør en stadigt større andel af de helbreds-mæssige årsager til førtidigt arbejdsophør (ved tilkendelse af førtidspension).

Yngre personer får oftere tilkendt førtidspension begrundet i mentale diagnoser end ældre personer.

Der er moderat evidens for, at mænd med langvarigt sygefravær som følge af mentale lidelser har en forøget risiko for førtidigt arbejdsophør.

Der er stærk evidens for, at alder giver en gradvist stigende risiko for førtidigt arbejdsophør.

Der er stærk evidens for, at personer med længere sygefravær har en forøget risiko for førtidigt arbejdsophør.

Der er evidens for, at depression medfører en forøget risiko for førtidigt arbejdsophør. Den relative risiko er 1,8-2,4, når der kontrolleres for køn, alder, somatiske symptomer og somatiske sygdomme.

Der er moderat evidens for, at depressive lidelser også spiller en rolle for tilkendelser af førtidspension begrundet med andre sygdomme end mentale helbredsproblemer.

Der er indikation for, at svær udbrændthed medfører forøget risiko for førtidigt arbejdsophør.

Der er moderat evidens for, at søvnvanskeligheder medfører en forøget risiko for førtidigt arbejdsophør ud over virkningen af depressiv lidelse.

Evidensgrundlag for konklusion om sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og førtidigt arbejdsophør

Hvert år bliver omtrent 0,6 % af arbejdsstyrken tilkendt førtidspension. Dette tal har kun ændret sig meget lidt inden for de seneste 10 år. I 2008 var tilkendingsalderen i gennemsnit 46,2 år. Det vil med andre ord sige, at antallet af tabte arbejdsår pr. tilkendt førtidspension i gennemsnit var 18,8. Det betyder, at der hvert år med denne tilkendelse af nye førtidspensioner går 10,7 år tabt pr. 100 personår i den danske arbejdsstyrke.

I Danmark er andelen af tilkendte førtidspensioner begrundet med psykiske lidelser i stigning inden for de seneste år. I 2004 blev 38 % af alle nytilkendte førtidspensioner begrundet med psykiske lidelser, og i 2008 lå andelen på omkring halvdelen af alle nytilkendte førtidspensioner. (Ankestyrelsen 2009). Psykiske lidelser udgjorde i 2008 48 % af alle nytilkendte førtidspensioner. Blandt yngre førtidspensionister udgjorde førtidspension begrundet med psykiske lidelser 80 % for aldersgruppen 20-29 år, og 69 % for gruppen 30-39 år i 2008 (Ankestyrelsen 2009). Dette indebærer, at gennemsnitsalderen for

tilkendelse af førtidspension på grund af psykiske lidelser ligger noget lavere end gennemsnitsalderen på 46,2 for alle.

Der er fundet i alt 20 longitudinelle studier af prædiktorer for førtidspension (Tabel 2.7). 10 af disse studier handler om personer, der har haft sygefravær, og har til formål at undersøge de faktorer, der medvirker til, at langtidssygefravær bliver til førtidspension. Som nævnt bliver førtidspension i langt de fleste tilfælde et varigt arbejdsophør, idet kun ganske få af dem, der har fået tilkendt førtidspension, vender tilbage til arbejdet. De 10 øvrige studier inddrager personer i arbejde og har til formål at undersøge, i hvilket omfang forskellige mentale helbredsproblemer påvirker førtidigt arbejdsophør. Kun få af studierne beskæftiger sig med andre former for førtidigt arbejdsophør end førtidspension. Førtidspension er kun ét blandt en række alternativer til lønindkomst. Nogle personer holder tidligt op med at arbejde og klarer sig økonomisk med andre kilder til underhold. Det kan være fx kontanthjælp eller forsørgelse fra andre personer, fx familie. Vi ved ikke, om der gælder det samme sygdomsmønster for disse alternative forsørgelsesgrundlag som for førtidspension. I Danmark er der den specielle mulighed at gå på efterløn. Heller ikke denne type førtidigt arbejdsophør er særlig velundersøgt, så vi ved ikke, om mentale helbredsproblemer spiller en tilsvarende rolle for tilgangen til efterløn som til førtidspension.

Studierne af prædiktorer for førtidspension blandt personer med sygefravær forsøger at besvare en række spørgsmål. Hvorvidt køn spiller en rolle, giver de forskellige studier lidt forskellige svar på. Flere studier finder ikke nogen signifikant forskel i risikoen for overgang til førtidspension mellem kvinder og mænd, mens andre studier finder, at mænd, der har haft langtidssygefravær med mentale lidelser, har større risiko for førtidspension end tilsvarende kvinder. Undersøgelser med befolkningsbaserede stikprøver finder derimod, at kvinder har større risiko for førtidspension, men at denne forøgede risiko kan forklares med forskelle i helbred, herunder mentalt helbred, forskelle i arbejdsbetingelser samt andre socioøkonomiske forskelle.

Af andre demografiske faktorer finder studierne ikke overraskende, at der er en stærk sammenhæng mellem alder og tilkendelse af førtidspension: Jo ældre en person er, jo større risiko er der for, at han bliver tildelt førtidspension.

Endvidere er risikoen for førtidspension større, jo lavere social status en person har. Og personer med anden etnisk oprindelse får også oftere tilkendt førtidspension. Men også i dette tilfælde kan forskellen forklares med forskelle i helbred, herunder mentalt helbred, arbejdsmæssige og sociale forskelle.

Flere studier finder, at længden af forudgående sygefravær har en stærk sammenhæng med senere tilkendelse af førtidspension.

Også den lidelse, man har haft i forbindelse med langtidssygefravær, kan spille en rolle. Blandt mænd er der fundet, at mentale lidelser giver en betydeligt forøget risiko for senere tilkendelse af førtidspension. Den tilsvarende sammenhæng er ikke fundet blandt kvinder med langtidssygefravær.

Der er fundet fem befolkningsbaserede studier af sammenhængen mellem depression og førtidspension (Bultmann et al. 2008; Karpansalo et al. 2005; Mykletun et al. 2006; Overland et al. 2008; Upmark et al. 1999a). De finder alle resultater i samme retning. Når der bliver kontrolleret for potentielle confoundere, herunder somatiske lidelser og somatiske symptomer, finder studierne relative risici mellem 1,8 og 2,4. Der er ikke foretaget metaanalyse. Mellem undersøgelserne er der forskelle i, hvorledes depression er målt, hvor lang opfølgningstiden er, og hvilke andre faktorer der er kontrolleret for.

Der er fundet to studier af angsttilstandes betydning for førtidigt arbejdsophør (Myleketun et al. 2006; Mykletun et al. 2009). Det ene studie viser, at personer med både angst og depression har en endnu stærkere risiko for førtidigt arbejdsophør.

De fundne risikoforøgelser er størst for tilkendelse af førtidspension begrundet i mental lidelse, men studierne viser yderligere, at de mentale lidelser også har en betydelig sammenhæng med tilkendelser af førtidspension begrundet i somatiske sygdomme.

Der er fundet to studier af sammenhængen mellem udbrændthed og senere tilkendelse af førtidspension (Ahola et al. 2008a; Ahola et al. 2008b). Den relative risiko for tilkendelse af førtidspension er 1,5-1,6 i de to studier, når der kontrolleres for køn, alder og kroniske sygdomme. Der er tilsyneladende ikke kontrolleret for depression, så vi ved ikke, om svær udbrændthed har en selvstændig sammenhæng med førtidspension, eller om den fundne sammenhæng er et udtryk for, at depression medfører en forøget risiko for førtidspension.

Der er fundet to studier af betydningen af søvnvanskeligheder for førtidigt arbejdsophør (Overland et al. 2008; Sivertsen et al. 2008b; Sivertsen et al. 2009). De viser begge, at kroniske søvnvanskeligheder giver en selvstændig, forøget risiko ud over den forøgede risiko som følge af depression.

Et studie viser, at lav grad af selvtillid (self-efficacy) giver forøget risiko for førtidigt arbejdsophør (Claussen et al. 2009; Claussen & Dalgard 2009). Lav self-efficacy medvirker til at forklare den forøgede risiko, som kvinder og personer med anden etnisk oprindelse har for førtidigt arbejdsophør. Yderligere viser et studie, at håbløshed og dårlig social og arbejdsmæssig funktionsevne blandt personer med depression giver en selvstændig, forøget risiko for senere førtidspension.

Table 2.7. Skema til dataudtrækning for artikler om mentalt helbred og førtidigt arbejdsophør (førtidspensionering mv.)

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Danmark (Ankestyrelsen 2009)	Hvilke tildelingsårsager er der for førtidspensionering? Hvorledes er udviklingen over år?	Afgørelser af førtidspensions-sager 2008	Køn, alder, hoveddiagnoser	1 år	Førtidspension tildelingsdiagnose	16 638 (0,6 % af arbejdsstyrken) Gennemsnitsalder 46,2. Psyriske diagnoser udgør 48 % af tildelte førtidspensioner. 20-29 år 80 % 30-39 år 69 % 40-49 år 53 % 50-59 år 35 % 60-65 år 23 %	Stigende andel tildelt pga. mentale diagnoser. Jo yngre, jo større andel med mentale diagnoser
Tyskland (Wedegartner et al. 2007)	Hvilke tildelingsårsager er der for førtidspensionering? Hvorledes er udviklingen over år?				Førtidspension tildelingsdiagnose	Andel af førtidspension pga. mentale lidelser har været stigende i 2 årtier. Blandt disse var depression (31 %) og neurotiske lidelser (23 %) de hyppigste, mens andre årsager var faldende. Det ser ikke ud til, at behandling af depressive lidelser har nogen effekt i reduktion af førtidspension	
Norge (Gjesdal et al. 2005)	Vurdere risikoen og mulige prædiktorer for overgang til førtidspensionering	Alle personer under 40 år med en ny sygefraværperiode >8 uger, i en periode på 6 mdr.	Socio-demografiske faktorer og information om diagnose	5 år	Førtidspension	M: 7,9 %, K: 10,3 %. Ingen kønseffekt. Psykiatriske diagnoser (kun mænd), lav indkomst, stigende alder (kun kvinder) og tidligere langt sygefravær (kun mænd) giver større risiko for førtidspension	En moderat risiko for førtidspension fundet blandt unge med langt sygefravær
Norge (Gjesdal et al. 2004)	Vurdere risikoen for førtidspension og betydningen af diagnoser	3.628 med sygefravær >8 uger med detaljerede diagnoser	Allder, Køn, indkomst	5 år	Førtidspension	Førtidspension 23 % M med sygefravær med mentale lidelser, øget risiko for førtidspension. K ingen forskel mellem diagnosegrupper. Tidligere sygefravær øger risiko for førtidspension, men kun signifikant for totalt fravær >20 uger i 4 år før. Alder stærkeste prædiktor for førtidspension. Større indkomst mindsker risikoen. Arbejdsløshed året før øger risiko for kvinder, men ikke for mænd.	Demografiske faktorer og sygdomsdiagnoser ved langt sygefravær og arbejdsløshed året før har betydning for senere førtidspension

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Norge (Gjesdal et al. 2008)	Afprøve prædiktorer for overgang til permanent førtidspension	314 kvinder og 203 mænd sygefravær >8 uger med psykiatrisk diagnose	Diagnoser på sygdomsmelding, alder, køn og indkomst	5 år	Førtidspension	32 % af mænd og 25 % af kvinder tildelt førtidspension. Alder, at være mand, lav indkomst, en psykiatriske-diagnose eller "andre" øgede risiko. Separate analyser for mænd indikerer en forskellig effekt af alder og en større rolle for alvorlige mentale lidelser	Kvinder har oftere end mænd langtidssygefravær med psykiatrisk diagnose, især depression. Mænd har højere risiko for førtidspension
Sverige (Karlsson et al. 2008)	Vurdere betydningen af sygefravær, diagnose og demografiske faktorer som risikofaktorer for førtidspension for personer, langt sygefravær og sammenlignede disse faktorer for køn og over tid	19.379 personer 16-60 år med ny sygefraværspæriode >56 dage	Demografiske faktorer, diagnoser	0-5 år 6-10 år	Førtidspension	0-5 år: 28 % havde fået førtidspension. Højere alder, lav indkomst, tidligere sygefravær, ikke-beskæftigede og ikke-svensk oprindelse højere risiko for førtidspension. Lavere risiko for dem med mindre børn. Blandt mænd havde de med mentale lidelser højest risiko, blandt kvinder de med MSD. 6-10 år: de samme risikofaktorer, men styrken var mindre, undtaget for lav indkomst	Både demografiske faktorer og sygefravær-diagnose udgør vigtige risikofaktorer for førtidspension på både mellem- og længere sigt
Finland (Kivimäki et al. 2007)	Vurdere diagnose-specifikt sygefravær som prædiktor for efterfølgende førtidspension	Den totale befolkning i et svensk område 16-49 år, der har haft en sygefraværspæriode > 7 dage, og som ikke modtager førtidspension	Diagnose-specifikt sygefravær	Fra 6-10 år	Førtidspension med mentale lidelser. Førtidspension med alle årsager	Risiko for førtidspension med mentale lidelser var 14,1 gange større for personer med sygefravær med mentale lidelser end for dem med intet sygefravær. Tilsvarende 5,7 for MSD og 13,0 for mave-tarm-sygdomme. Uanset diagnoser var HR for sygefravær og førtidspension 3,0	Sygefravær kan være en risikomarkør for at identificere grupper med høj risiko for førtidspension, specielt for psykiatriske diagnoser

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Sverige (Vaez et al. 2007)	Sygefravær og førtidspension blandt beskæftigede, der i starten var sygemeldt pga. psykiatrisk lidelse	4.891 beskæftigede i Sverige, 20-61 år med en sygefraværperiode >90 dage en psykiatrisk lidelse	Køn, alder, social status, og tidligere sygefravær	1 år	Førtidspension. Sygefravær, lavt (<17) medium (17-90) eller højt niveau (91-365)	Gennemsnitligt antal sygefraværsdage steg fra 17 dage i de 3 år før til 211 dage i 2000. I 2002 var 26 % tildelt førtidspension, med en højere rate blandt mænd, mens kvinder havde en højere rate af sygefravær. Risikoen for at lavt, mellem og højt niveau af sygefravær faldt med alderen, mens risikoen for førtidspension steg	Beskæftigede med langtidsygefravær pga. psykiatrisk lidelse havde ikke højt niveau af sygefravær i 3 foregående år I 3 år efter havde kun 35 % meget lavt sygefravær, mens 26 % fik førtidspension. Beskæftigede 55-61 år lavest risiko for sygefravær, men den højeste risiko for førtidspension. Lav social status var signifikant prædiktør for førtidspension
Sverige (Wallman et al. 2009)	Om længde og forløb af sygefravær er prædiktør for førtidspension	Populationssample med 8.218 mænd og kvinder	Forskellige mål for sygefravær i opfølgningsperioden	16 år	Førtidspension	Stærk sammenhæng mellem varighed af sygefraværspenoder og det samlede antal sygedage pr. år og senere tildeling af førtidspension, også ved kontrol for væsentlige faktorer, der påvirker førtidspensionering	Længde af sygefravær er den vigtigste prædiktør for førtidspension, også ved kontrol for indflydelse af andre faktorer, der influerer risikoen for førtidspension
Danmark (Lund et al. 2008)	Undersøge, om varighed af sygefravær er risikomarkør for fremtidig førtidspension blandt alle beskæftigede i den private sektor	225.056 personer 18-65 år, alle beskæftigede i privat sektor, der modtog sygefraværskompensation i 1998	Længde af sygefravær	4 år	Førtidspension	>26 ugers sygefravær. Mænd <40 år 16 gange risiko for førtidspension. Mænd >40 år approx. 7 gange. Kvinder henholdsvis 12,6 og 6,7 gange	At længde af sygefravær er en prædiktør for senere førtidspension

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Finland (Virtanen et al. 2006)	Undersøge sygefravær som risikofaktor for afsked fra job, arbejdsløshed og førtidspension blandt tidsbegrænsede og permanent ansatte	19.093 tidsbegrænsede, 41.530 permanent offentligt ansatte	Alder. Ansettelse. Længde af sygefravær	1-3 år	Afsked fra job, arbejdsløshed og førtidspension	For kvinder foregik et højt sygefravær afsked blandt tidsbegrænsede ansatte (<40 år OR 1,52, >40 år OR 1,70). Højt sygefravær var ikke forbundet med afsked blandt mænd i tidsbegrænset ansættelse. Blandt permanent ansatte prædikterede højt sygefravær afsked blandt ældre, men ikke blandt yngre ansatte. Tidsbegrænset ansatte med højt sygefravær havde størst risiko for umiddelbar arbejdsløshed og tillige 3 år senere. Blandt ældre permanent ansatte var højt sygefravær forbundet med foreget risiko for efterfølgende førtidspension	Et højt sygefravær foreger risiko for afsked og arbejdsløshed blandt kvinder i tidsbegrænsede job i den offentlige sektor. For permanent ansatte giver en sikker ansættelse beskyttelse mod arbejdsløshed selv i tilfælde af højt sygefravær
Holland (Koopmans et al. 2008)	Hyppt og langvarigt sygefravær som prædiktor for arbejdsløshed	53.990 ansatte i hollandsk post- og telekommunikations-selskaber	Hyppt og langvarigt fravær >4 gange/lår. Langt fravær >6 uger/lår. Komb. hyppt og langv. fravær	4 år	Sygefravær >lår. Arbejdsløshed	Sygefravær for kvinder og mænd Ref-gr. 2,2 % / 9,8 % Hyppt og langvarigt fravær 4,2 % / 2,5 % Langt fravær 9,1 % / 6,7 % Komb. hyppt og langt fravær 10,4 % / 8,1 % Øget risiko for afskedigelse for ansatte med tidligere sygefravær	Tidligere hyppt og langvarigt sygefravær har foreget risiko for førtidspension og ufriwillig afsked
Norge (Braberg et al. 2009)	At vurdere incidens af førtidspension i de 10 amter og betydning af kontekstfaktorer og individuelle faktorer for førtidspension blandt langtidssygemeldte	Kohorte med 12.283 kvinder og 7.099 mænd med en sygefraværperiode > 8 uger med en psykiatrisk diagnose	Køn. Regioner. Egenskaber ved regioner: Deprivation index	Mid-del 5 år	Førtidspension	Mænd højer risiko efter sygefravær med mental lidelse Lav social status og lav indkomst højer risiko. Geografisk variation mellem amter. Blandt kvinder havde flere kendetegn ved amter indflydelse. Blandt mænd ingen indflydelse	Mænd højer risiko for førtidspension. Flere individuelle faktorer prædikterer førtidspension. Amtskendetegn har marginal effekt blandt kvinder efter kontrol for individuelle faktorer Ingen effekt heraf blandt mænd

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Norge (Mylkletun et al. 2006)	Mentale lidelser som prædiktorer for tilde- ling af førtidspension	Populationsbase- ret studie 45.782 30-66 år	Angstlidelse, Depressiv lidelse, Comorbiditet angst og depression	2 år	Førtidspension med mental lidel- se, Førtidspension med ikke-mental lidelse	Førtidspension tildelt til 2,3 %. Førtidspension med mental lidelse Angst OR=2,21 just 1,50 Depression OR=2,19 just 1,71 Både A og D OR=4,47 just 2,70 Førtidspension med ikke-mental lid. Angst OR=1,56 just 1,02 Depression OR=1,93 just 1,49 Både A & D OR=2,59 just 2,59 Førtidspension med mental lidelse 20-44år. Angst el depress. OR=4,32 45-66 år. Angst el depress. OR=2,51	Mentale lidelser er prædiktorer for både førtidspensioner til- delt pga. mentale lidelser og alle andre tildelinger Sammenhængen er stærkest for yngre beskæftigede
Danmark (Bultmann et al. 2008)	At undersøge, om alvorlige depressive symptomer er associe- ret med senere tilken- delse af førtidspensi- on	m & k beskæftige- de	Alvorlige depressive symptomer	10 år	Førtidspension	Incidens af førtidspension 2,2 % OR for depressive symptomer 2,90, just OR=2,38	
Finland (Karpansalo et al. 2005)	At estimere associati- onen af depression med risikoen for alle førtidspensioner sam- let, separate for for- skellige grunde og ikke-sygdomsbaseret førtidspension	Kohorte af 1.726 mænd	Depression	16 år	Førtidspension. Alle. Førtidspension diagnose-specifik	48,6 % tildelt førtidspension 16,9 % pga. mentale lidelser Heraf 53 % pga. depression. Relativ risiko for højeste tertil af depressions- symptomer FP uden sygdom RR 1,86 FP pga. ML. RR 2,74 FP pga. KSS RR 1,68 FP CVS RR 1,61	Et højt niveau af de- pressionssymptomer prædikterer førtids- pension med alle begrundelser, men især mentale lidelser ikke- sygdomsbegrundet førtidspension

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Sverige (Lund et al. 2008; Upmark et al. 1999a; Upmark et al. 1999b)	Analysere prædiktorer blandt unge mænd for tidlig førtidspension med en psykiatrisk diagnose	49.285 unge mænd på session 1969/1970	Flere prædiktorer	23 år	Førtidspension med psyk. diagnose	Førtidspension 2,6 % Førtidspension m. psyk. diagnose 63 % Personer m. psyk. diagnose havde ontrent dobbelt el. højere risiko for alle kategorier af førtidspension m. psyk. diagnose. Yderligere forældres skilsmisser	Personer med psykiatrisk diagnose. Har ontrent dobbelt eller højere risiko for alle kategorier af førtidspension. Tillige forældres skilsmisser
Norge (Overland et al. 2008)	Sammenligne relativ effekt af søvnløshed og depression på førtidspension	37.302 i et sample af befolkningen 20-66 år	Søvnvanskeligheder depression	18-48 mdr.	Førtidspension	Søvnvanskeligheder OR=1,6 just Depression OR=1,56 justustet	
Norge (Sivertsen et al. 2009; Sivertsen et al. 2008a; Sivertsen et al. 2006)	Undersøge om søvnvanskeligheder og varighed af søvn bidrager til risiko for senere førtidspension	37.302 i et sample af befolkningen 20-66 år	Søvnvanskeligheder og langvarig søvn (>8,5 t/nat)	4 år	Førtidspension	Kroniske søvnvanskeligheder OR=3,69, just OR=1,75 For 40-45 år: OR=4,56, just OR=1,88 Langvarig søvn OR = 2,96, just OR=2,14	
Finland (Ryysälä et al. 2007)	Prædiktorer for førtidspension blandt personer med depression	186 personer med depression	Alder, håbløshed, social og arbejdsmæssig funktion	18 mdr.	Førtidspension	11,3 % fik tildelt førtidspension. Alder, håbløshed, nedsat social og arbejdsmæssig funktion og længere varighed af depressive episode forøgede risikoen. At være på sygefravær ved baseline prædikerede førtidspension, også efter kontrol for disse prædiktorer	Førtidspension prædikteres af flere demografiske kliniske faktorer: funktionsniveau ved baseline og varighed af depressiv episode samt sygefravær
Finland (Ahola et al. 2008b)	Undersøge, om udbrændthed prædikterer nytillkendt førtidspension blandt industriarbejdere.	7.810 arbejdere i træindustri	Alvorlig grad af udbrændthed	8 år	Førtidspension. Førtidspension med forskellige tildelingsdiagnoser	HR for FT med svar udbrændthed 3,8, just 1,6	Udbrændthed prædikterer kronisk reduktion af arbejdsevnen

Artikel	Problemstilling	Hvilken population	Prædiktorer	Opfølgning	Outcomes	Resultater	Konklusion
Finland (Ahola et al. 2008a)	Undersøge, om udbændthed prædikerer nytilkendtt førtidspension i almen befolkning.	3.125 30-60 år, tilfældigt sample af befolkningen	Alvorlig grad af udbændthed	4 år	Førtidspension. Førtidspension med forskellige tildelingsdiagnoser	Svar udbændthed 22 % FT OR=1,5 Mild udbændthed 6 % FT Ikke udbændtd 2 % FT	Udbændthed prædikerer kronisk reduktion af arbejdsevnen
Norge (Mykletun et al. 2009)	Undersøge effekten af helbredsangst og hypokondri. Efterfølgende førtidspension	6.819 fra et befolknings-sample	Helbredsangst generel angst, depression	1-6,6 år	Førtidspension	Helbredsangst er en stærk prædiktor for tilkendelse af førtidspension, ud over effekten af generel angst og på størrelse med effekten af depression. Effekt ikke kun ved højt symptom-niveau, dose-response-association. Helbredsangst eller hypokondri ikke angivet som diagnose for nogen tilkendelse af førtidspension	Helbredsangst er en stærk uafhængig og endnu undervurderet risikofaktor for førtidspension
Norge (Clausen et al. 2009; Clausen & Dalgard 2009)	Undersøge, om kønsforskelle og etniske forskelle i tildeling af førtidspension kan tilskrives forskelle i helbred, mental stress, erhverv og indkomst	10.720 Oslo-indbyggere, 40, 45 og 60 år,	Generelt helbred, kroniske somatiske sygdomme, psykiske symptomer, smerter, generel self efficacy	4 år	Førtidspension	Lav self-efficacy OR=2,4 Personer med dårligt generelt helbred har 7 gange højere risiko end de med godt helbred, og de med en kronisk somatisk sygdom, MS, smerte eller dårligt psykiatrisk helbred har en noget lavere risikofølgelse. Kønsforskelle og etniske forskelle	

2.4 Samfundsmæssige omkostninger som følge af nedsat arbejdsevne i forbindelse med mentale helbredsproblemer

I de fleste vestlige lande er der en stigende opmærksomhed omkring mentale helbredsproblemers store betydning for livskvaliteten, de sociale relationer, familielivet og ikke mindst arbejdsevnen. Mentale helbredsproblemer går ikke kun ud over den enkelte, men i høj grad også de pårørende og kollegerne. Dermed bliver mentale helbredsproblemer til et problem for hele samfundet. Der er ikke tvivl om, at de arbejdsmæssige konsekvenser af mentale helbredsproblemer i form af nedsat arbejdsevne og produktivitet, forøget sygefravær og førtidigt arbejdsophør, som er beskrevet tidligere i dette kapitel, er forbundet med meget store økonomiske omkostninger. I de senere årtier er der udviklet effektive metoder til at forebygge og behandle mentale helbredsproblemer. Sammenlignet med tidligere, er det nu en realistisk mulighed at reducere de negative konsekvenser af mentale helbredsproblemer gennem effektiv forebyggelse og især behandling. Effektiv forebyggelse og behandling indebærer imidlertid store omkostninger i sig selv.

Det gør det påkrævende at foretage analyser af de økonomiske omkostninger forbundet med mentale helbredsproblemer. De mest udbredte analyser er de såkaldte cost of illnessanalyser, hvor man beregner nogle skøn over de omkostninger, der er forbundet med bestemte helbredsproblemer. Her indgår både direkte omkostninger til behandling af det pågældende helbredsproblem i sundhedssektoren og de indirekte omkostninger forbundet med de negative konsekvenser, som helbredsproblemet er forbundet med, typisk gerne det produktionstab, der følger af nedsat arbejdsevne, sygefravær, førtidig pensionering og dødsfald i en for tidlig alder.

Konklusion vedr. evidens for de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med mentale helbredsproblemer

Vi skønner, at de samlede samfundsmæssige omkostninger er omtrent 55 mia. kr. i 2008. Skønnet omfatter både de direkte omkostninger til behandling og de indirekte omkostninger forbundet med mentale helbredsproblemer i form af nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør.

Evidensgrundlag for konklusion om de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med mentale helbredsproblemer

Psykiatrifonden har beregnet de økonomiske omkostninger i Danmark som følge af mentale helbredsproblemer. Psykiatrifonden når frem til, at de samlede omkostninger udgør ca. 30 mia. kr. om året. Dette skøn bygger på to offentliggjorte analyser, hvor omkostninger relateret til depressive tilstande skønnes at være ca. 6,3 mia. kr. i 1999 (Søgaard & Bech P. 2006) og omkostninger relateret til angstlidelser skønnes at være 7,8 mia. kr. i 2002 (Søgaard et al. 2008), dvs. for de to lidelser tilsammen omtrent 15,7 mia. kr. i 2008. Den resterende andel af det samlede skøn over omkostninger på ca. 30 mia. kr. tilskrives øvrige mentale helbredsproblemer.

I Tabel 3.8 gengives beregningen af omkostningerne ved depressive lidelser. I 1999 blev 135.000 danskere behandlet for depression ved deres praktiserende læge. Det kostede 275 mio. kr. Der blev udskrevet antidepressiva, som kostede i alt 564 mio. kr. Nogle klienter fik behandling ved specialister eller på hospital, hvortil omkostningerne var 976 mio. kr. Omkostningerne til sygedagpenge og pension blev skønnet til at være henholdsvis 3.500 mio. og 275 mio. kr.

Tabel 2.8. Psykiatrifondens skøn over omkostninger ved depressive lidelser i 1999

Omkostningstype	(mio. kr.)
Direkte omkostninger	1.815
Medicin	564
Praktiserende læger	275
Specialistbehandling	976
Indirekte omkostninger	6.000
Sygedagpenge	3.500
Pensionsudgifter	275
Ukompenseret tabt arbejdsfortjeneste	2.245
Totale omkostninger	7.815
Direkte omkostninger	1.815
Indirekte omkostninger	6.000

Beregningen af omkostningerne i forbindelse med angsttilstande er i dette tilfælde baseret på en antagelse om en forekomst i Danmark på 10 % af be-

folkningen. De samlede meromkostninger forbundet med angsttilstande er beregnet til omtrent 18.000 kr. pr. person (Tabel 3.9). Omregnet til en arbejdsstyrke på 2,95 mio. giver det samlede omkostninger på omtrent 6,3 mia. kr. i 2002.

Tabel 2.9. Psykiatrifondens skøn over omkostninger ved angsttilstande i 2002

	Meromkostninger pr. klient (kr.)	Samlede omkostninger for 350.000 klienter (mio. kr.)
Medicin	2.688	941
Ambulante behandlinger	5.571	1.950
Hospitalsindlæggelser	1.283	449
Sundhedsydelser i alt	9.552	3.343
Sygefravær	8.381	2.933
Samlede omkostninger	17.933	6.277

I Nordamerika har man estimeret de årlige samfundsmæssige omkostninger forbundet med depressive lidelser til henholdsvis Can\$ 14,4 mia. (Stephens & Joubert 2001) og US\$ 83,1 mia., omregnet giver det 430,5 mia kr., dvs. 1,6 mia. kr. pr. million indbyggere (Greenberg et al. 2003; Greenberg & Birnbaum 2005). Omregnet til en befolkningsstørrelse på 5,4 mio. indbyggere (som Danmark) giver det ca. 8,6 mia. kr. Undersøgelsen fra USA viste, at der trods en voldsom stigning – mere end 50 % i perioden 1990 til 2000 – i behandlingen af depression kun var en stigning i den økonomiske byrde på 7 % i samme periode. Endvidere viste denne undersøgelse, at kun 31 % af de totale omkostninger var direkte omkostninger til behandling. 7 % var omkostninger forbundet med dødsfald på grund af selvmord, mens 51,5 % var indirekte omkostninger forbundet med nedsat arbejdsevne og førtidig tilbagetrækning.

Der er både foretaget analyser af de økonomiske omkostninger ved specifikke mentale helbredsproblemer og analyser af omkostningseffektiviteten af interventioner til forebyggelse af disse helbredsproblemer. Der er i 2009 identificeret 20 cost of illnessstudier og 11 cost effectivenessanalyser alene af panikangst og generaliserede angsttilstande (GAD) (Konnopka et al. 2009). Også for andre mentale helbredsproblemer er der foretaget tilsvarende økonomiske analyser. Da der er store indbyrdes forskelle mellem de enkelte analyser, vil det være meget vanskeligt og tidskrævende at foretage et systematisk review af dem. Det er derfor ikke foretaget her. Blandt de væsentligste metodiske forskelle kan nævnes:

1. Hvilke omkostningskategorier der medtages: Her skelnes mellem direkte omkostninger, som betegner omkostninger i sundhedssystemet til behandling, og indirekte omkostninger, som forekommer i forbindelse med nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør. Ideelt set bør alle relevante omkostninger medtages.
2. Hvilket perspektiv der antages: Der kan vælges et samfundsmæssigt perspektiv, hvor de samlede omkostninger estimeres, uanset hvem der bærer den økonomiske byrde. Alternativt kan man vælge at beregne omkostningerne set ud fra statens perspektiv, idet staten i mange lande betaler førtidspensionsomkostninger og sygedagpenge. Man kan også vælge arbejdsgiverens perspektiv, idet arbejdsgiverne i flere lande betaler lønudgifter helt eller delvist under sygefravær. Endvidere kan man antage forsikringsinstitutionernes perspektiv, idet forsikringsbranchen betaler pensionsudgifter og erstatning for tabt arbejdsfortjeneste. Endelig kan man vælge den sygemeldtes eget perspektiv, da den sygemeldte ofte vil lide et løntab både i forbindelse med selve sygefraværet og efter sygefraværets ophør (kan både ophøre, når vedkommende vender tilbage til arbejde, eller hvis vedkommende går direkte fra sygefravær til pension/efterløn mv.).
3. Hvilken tilgang der vælges. Enten kan man anvende en human kapitaltilgang, hvor man beregner et skøn over de samlede nutidige og fremtidige samfundsomkostninger, idet der vil være et produktionstab i hele den periode, hvor medarbejderne har nedsat arbejdsevne i forbindelse med det mentale helbredsproblem. Eller man kan anvende en "friktionstilgang", som bygger på den antagelse, at der kun vil være et produktionstab i den tid, det tager at erstatte de medarbejdere, der har sygefravær eller er blevet førtidspensioneret.
4. Hvilke mentale helbredsproblemer der medtages, samt de konkrete skøn over prævalens, incidens og varighed af helbredsproblemet.
5. Værdifastsættelsen af den tabte produktionstid. Her kan man enten anvende et gennemsnitligt skøn over værdien af, hvad en medarbejder producerer, eller et stratificeret skøn over værdien af det, som bestemte alders-, job- og uddannelsesgrupper potentielt kan producere.

Sådanne cost of illnessstudier kan være til hjælp for beslutningstagere, når der skal tages beslutninger om prioriteringer af forebyggelses- eller behandlings-tiltag. Men disse analyser kan dog ikke give retningslinjer for, hvilke tiltag der er mest omkostningseffektive. Dertil kræves omkostningseffektivitetsstudier.

Kun to af de studier, der indgår i det systematiske review (Konnopka et al. 2009) omfatter alle omkostningskategorier nævnt ovenfor i punkt 2 (DuPont et al. 1996; Greenberg et al. 1999), hvilket begrænser sammenligneligheden af studierne. De når frem til skøn på henholdsvis 258 mio. US\$ (1996) og 235 mio. US\$ (1999) pr. mio. indbyggere, hvilket giver 1,34 mia. hhv. 1,22 mia. kr.

Vore egne beregninger af de samfundsmæssige omkostninger

Vi har foretaget vores egen beregning af de samlede samfundsmæssige omkostninger relateret til mentale helbredsproblemer. Forudsætningerne bag beregningen gennemgås i det følgende:

- 1) Omkostningskategorier, der medtages: Vi inddrager de direkte omkostninger i sundhedssystemet til behandling, som bygger på de skøn, der er foretaget af Psykiatrifonden beskrevet ovenfor (Søgaard & Bech P. 2006; Søgaard et al. 2008). Disse skøn omfatter kun angst og depression, hvilket giver en underestimering, skønt disse to lidelser omfangsmæssigt udgør langt størstedelen af de samlede mentale helbredsproblemer. De indirekte omkostninger i forbindelse med nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør bygger vi på information fra Danmarks Statistik samt på skøn over udbredelsen af de forskellige typer mentale helbredsproblemer hentet fra internationale undersøgelser.
- 2) Perspektiv: Vi vælger et samfundsmæssigt perspektiv, hvor de samlede omkostninger estimeres, uanset hvem der bærer den økonomiske byrde.
- 3) Tilgang, der vælges: Vi anvender human kapitaltilgangen, hvor der beregnes et skøn over de samlede samfundsmæssige omkostninger, både de nutidige og fremtidige, idet der vil være et produktionstab i hele den periode, hvor medarbejderne har nedsat arbejdsevne i forbindelse med det mentale helbredsproblem.
- 4) Mentale helbredsproblemer, der medtages: Vi medtager alle mentale helbredsproblemer og anvender forskellige skøn over udbredelse eller incidens samt skøn over varigheden af problemet samt nogle skøn over andelen af sygefravær, der forklares med mentale helbredsproblemer, samt andelen af førtidspension, der tilkendes på grund af mentale helbredsproblemer.
- 5) Værdifastsættelsen af den tabte produktionstid: Her anvendes enten et gennemsnitligt skøn over værdien af, hvad en medarbejder producerer,

eller et stratificeret skøn over værdien af det, som bestemte alders-, job- og uddannelsesgrupper forventes at kunne producere.

Tabel 2.10. Skøn over indirekte omkostninger ved produktionstab som følge af nedsat arbejdsevne på grund af mentale helbredsproblemer (2008)

Andel med psykisk lidelse ¹⁾	Antal beskæftigede med mentale helbredsproblemer (i 1.000) ²⁾	Nedsat produktivitet ³⁾	Gnsntl. varighed (i år) ⁴⁾	Tabte årsværk (i 1000) ⁵⁾	Antagelse 1 Omkostninger ⁶⁾ (mio. kr.)	Antagelse 2 Omkostninger ⁷⁾ (mio. kr.)
10 %	295	9 %	0,5	13,3	3.981	7.816
10 %	295	15 %	0,5	22,1	6.635	13.027
10 %	295	25 %	0,5	36,9	11.059	21.712
15 %	442	9 %	0,5	19,9	5.972	11.724
15 %	442	15 %	0,5	33,2	9.953	19.541
15 %	442	25 %	0,5	55,3	16.588	32.568
20 %	590	9 %	0,5	26,5	7.962	15.633
20 %	590	15 %	0,5	44,2	13.271	26.054
20 %	590	25 %	0,5	73,7	22.118	43.424

Noter: Beregningen af omkostninger ved tabt produktion ved arbejde med psykiske lidelser:

- 1) Vi antager tre estimater for den samlede udbredelse af mentale helbredsproblemer. Det centrale estimat er 15 %. Derudover antager vi en nedre grænse på 10 % og en øvre på 25 %.
- 2) Der var i 2008 en arbejdsstyrke på 2.949.000 beskæftigede. I kolonnen er beregnet hhv. 10 %, 15 % og 25 % heraf.
- 3) På grundlag af studierne af nedsat produktivitet/arbejdsevne, når man går på arbejde med en psykisk lidelse, antager vi to grænser for skøn på henholdsvis 9 % og 25 % samt et centralt skøn omtrent midt imellem på 15 %.
- 4) Vi antager, at medarbejdere med mentale helbredsproblemer i gennemsnit er påvirket af nedsat arbejdsevne i ½ år.
- 5) Ud fra antagelserne i kolonne 2, 3 og 4 beregnes det samlede antal tabte årsværk ved nedsat arbejdsevne.
- 6) Vi antager, at en medarbejder svarende til et årsværk producerer i gennemsnit for 300.000 kr. (omtrent svarende til halvdelen af BNP pr. indbygger i Danmark.)
- 7) Her antager vi i stedet, at en medarbejder svarende til et årsværk producerer for 589.000 kr., som fremkommer ved at dividere bruttonationalproduktet for 2008 på 1.737 mia. kr. med antal beskæftigede i 2008 på 2.949.000.

I Tabel 2.10 er der foretaget beregninger af de samlede omkostninger ved nedsat arbejdsevne i forbindelse med mentale helbredsproblemer. Beregningerne er foretaget på baggrund af en række antagelser om udbredelse og gennemsnitlig varighed af de mentale helbredsproblemer, den gennemsnitlige nedsættelse af medarbejdernes produktivitet samt værdien af de potentielle årsværk, der går tabt.

Et eksempel: Hvis vi antager, at udbredelsen er 15 %, den gennemsnitlige varighed $\frac{1}{2}$ år, nedsættelsen af produktiviteten på gennemsnitligt 15 %, og at værdien af et tabt årsværk er på 300.000 kr., bliver skønnet over de samlede omkostninger 9,95 mia. kr. pr. år.

Tabel 2.11. Skøn over indirekte omkostninger ved produktionstab ved sygefravær af beskæftigede med mentale helbredsproblemer

Syge- fraværs længde ¹⁾	Antal sygefra- værspe- rioder ²⁾	Omregnet til års- værk ³⁾	Gnsntl. varighed (i år) ⁴⁾	Andel begrundet i mentale helbreds- proble- mer ⁵⁾	Tabte års- værk be- grundet i mentale helbreds- problemer (i 1.000) ⁶⁾	Antagelse 1 ⁷⁾ Omkostninger (i mio.)	Antagelse 2 ⁸⁾ Omkostninger (i mio.)
Alle perioder	87.867	50.288	0,57	26 %	13,1	3.922	7.701
	87.867	50.288	0,57	48 %	24,1	7.242	14.218
mindst 4 uger	69.492	49.538	0,71	26 %	12,9	3.864	7.586
	69.492	49.538	0,71	48 %	23,8	7.133	14.005
mindst 8 uger	59.226	48.354	0,82	26 %	12,6	3.772	7.405
	59.226	48.354	0,82	48 %	23,2	6.963	13.671

Noter: Beregningen af omkostninger ved tabt produktion ved sygefravær begrundet i psykiske lidelser:

1) Her er angivet, hvilke sygefraværperioder vi medregner i beregningerne.

2) Vi foretager beregningen ud fra tre forskellige kriterier: Enten medregnes alle sygefraværperioder, hvoraf der i 2008 var i gennemsnit næsten 88.000, eller sygefraværperioder på mindst fire uger, hvoraf der i 2008 var i gennemsnit næsten 69.500, eller sygefraværperioder på mindst otte uger, hvoraf der i 2008 var i gennemsnit godt 59.000.

3) I denne kolonne er disse sygefraværperioder omregnet til årsværk.

4) Den gennemsnitlige varighed af disse sygefraværperioder.

5) I kolonnen går vi ud fra to forskellige antagelser, som vi baserer på H. J. Søgårds undersøgelser (se tidligere i nærværende kapitel), at andelen af sygemeldte med mentale helbredsproblemer er enten 26 % eller 48 %.

6) Her er beregnet det samlede antal tabte årsværk, som kan tilskrives mentale helbredsproblemer.

7) I denne kolonne antager vi, at produktionsværdien af et årsværk er 300.000 kr.

8) Her antager vi, at produktionsværdien af et årsværk er på 589.000 kr., som fremkommer ved at dividere bruttonationalproduktet for 2008 på 1.737 mia. kr. med antal beskæftigede i 2008 på 2.949.000.

I Tabel 3.11 er der foretaget beregninger af de samlede omkostninger ved sygefravær relateret til mentale helbredsproblemer. Der er anvendt tal fra Danmarks Statistik om antal sygefraværperioder i 2008, opdelt på alle perioder, perioder af mindst fire ugers varighed og perioder af mindst otte ugers varighed. Der er gjort antagelser om andelen af sygemeldingerne, der er begrundet i mentale helbredsproblemer, den gennemsnitlige nedsættelse af produktiviteten, samt om værdien af de potentielle årsværk, der går tabt.

Et eksempel: Hvis vi medtager sygefravær af mindst fire ugers varighed og antager, at andelen af sygemeldinger ligger på 26 %, som er den andel, der

har fået en sygdomsdiagnose med psykisk lidelse (Søgaard & Bech P. 2006), og at værdien af et tabt årsværk er 300.000 kr., bliver skønnet over disse omkostninger 3,86 mia. kr. pr. år.

Tabel 2.12. Skøn over indirekte omkostninger ved produktionstab ved tilkendelse af førtidspension til personer med mentale helbredsproblemer

Alders- gruppe	Antal til- kendelser i 2008 ¹⁾	Andel med mentale helbreds- proble- mer ²⁾	Antal med psykiske lidelser ³⁾	Tabte år pr. person ⁴⁾	Prod.tab pr. per- son (mio. kr.) ⁵⁾	Prod.tab pr. person (mio. kr.) ⁶⁾	Omkost- ninger pr. person	Samlede omkostnin- ger til før- tidspension pga. psyki- ske lidelser
							Antagelse 1 (mio. kr.) ⁵⁾	Antagelse 2 (mio. kr.) ⁶⁾
15-19 år	498	69 %	344	48	7,45	14,63	2.563	5.032
20-29 år	1.163	80 %	930	40	6,83	13,41	6.357	12.480
30-39 år	2.492	67 %	1.670	30	5,81	11,41	9.703	19.049
40-49 år	4.652	53 %	2.466	20	4,43	8,69	10.912	21.423
50-59 år	6.314	35 %	2.210	10	2,55	5,00	5.629	11.051
60-65 år	1.329	23 %	306	3	0,85	1,66	259	508
Ialt	16.450		7.926				35.422	69.545

Noter: Beregningen af omkostningerne ved tabt produktion som følge af tilkendelser af førtidspension på grund af psykiske lidelser:

1) Her er angivet, hvor mange der blev tilkendt førtidspension i Danmark i 2008.

2) I denne kolonne er for hver aldersgruppe angivet andelen af tilkendelser på baggrund af psykiske lidelser.

3) I denne kolonne er beregnet, hvor mange personer i hver aldersgruppe, der har fået tilkendt førtidspension i 2008 pga. psykiske lidelser.

4) Beregning af tabte produktionsår indtil folkepensionsalderen pr. person i aldersgruppen.

5) Her er anvendt værdien af det årlige produktionstab pr. person ud fra en antagelse om en gennemsnitlig værdi på 300.000 kr. pr. årsværk. Værdien af det fremtidige produktionstab er diskonteret med 3 % pr. år.

6) Her gør vi en antagelse om en produktionsværdi på 589.000 kr. pr. årsværk, som i tabellerne ovenfor. Værdien af det fremtidige produktionstab er diskonteret med 3 % pr. år.

I Tabel 2.12 er der foretaget beregninger af de samlede omkostninger ved førtidspensionering tilkendt pga. mentale helbredsproblemer. Der er anvendt tal fra Arbejdsmarkedsstyrelsen om antal tilkendte førtidspensioner i 2008 og om andelen i hver aldersgruppe, der har fået tilkendt førtidspension pga. mentale helbredsproblemer. Vi har beregnet de nutidige og fremtidige omkostninger og anvendt to forskellige skøn over værdien af den tabte produktion.

Et regneeksempel: Hvis vi antager, at ingen af dem, som har fået tilkendt førtidspension, vender tilbage til arbejdet (det er der næsten ingen, der gør), og at værdien af et tabt årsværk er 300.000 kr., bliver det bedste skøn over de samlede omkostninger 35,42 mia. kr. pr. år.

På grundlag af beregningerne i de tre tabeller ovenfor bliver det bedste skøn over de samlede arbejdsrelaterede omkostninger, der kan tilskrives mentale helbredsproblemer, 49,23 mia. kr. om året.

Dertil lægger vi Psykiatrifondens beregnede skøn over sundhedsudgifter til angst og depression på 5,66 mia. kr. i 2008.

Tabel 2.13. Skøn over direkte omkostninger ved depression og angst på basis af Psykiatrifondens skøn i 2008

	År ved det oprindelige skøn	Beregnete direkte omkostninger (mio. kr.)	Prisindeksudvikling	Pristalsregulerede omkostninger (mio. kr.)
Depression	1999	1.815	23 %	2.207
Angst	2007	3.343	3,4 %	3.457
I alt				5.664

Samlet set når vi frem til et samlet skøn på omtrent 55 mia. kr. om året i direkte og indirekte omkostninger forbundet med mentale helbredsproblemer (Tabel 2.14).

Tabel 2.14. Skøn over samlede omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark 2008

Omkostningskategori	Omkostninger (mio. kr.)
Direkte omkostninger	5.664
Indirekte	
Nedsat produktivitet	9.953
Sygefravær	3.861
Ophør	35.422
Samlede omkostninger	54.900

Konklusion og diskussion

Vi skønner de samlede samfundsmæssige omkostninger for mentale helbredsproblemer til i 2008 at være ca. 55 mia. kr., hvilket giver en omkostning på godt 10 mia. kr. pr. 1 mio. indbyggere. Det skøn ligger noget over Psykiatrifondens skøn på 30 mia. i 2002. Det er ikke beregninger ud fra faktiske udgifter, men et skøn, der bygger på en række tal og antagelser.

1. Omkostningskategorier, der medtages: Skønnet over de direkte omkostninger i sundhedssystemet til behandling bygger på de skøn, der er foretaget af Psykiatrifonden. Disse skøn omfatter kun angst og depression, som omfangsmæssigt udgør en betydelig del af de samlede mentale helbredsproblemer. Der er altså ikke medtaget omkostninger for de andre mentale helbredsproblemer, fx omkostninger til lægebesøg for personer med funktionelle lidelser, som erfaringsmæssigt ligger langt over den øvrige del af befolkningen.

De indirekte omkostninger i forbindelse med nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør bygger vi på informationer fra Danmarks Statistik. Vi har valgt at antage, at forekomsten samlet ligger på 15 % inden for et år, som omfatter både svære, moderate og lettere mentale helbredsproblemer. Denne skønnede forekomst ligger noget lavere end skøn fra internationale undersøgelser.

2. Perspektiv: Vi vælger et samfundsmæssigt perspektiv, hvor de samlede omkostninger estimeres, uanset hvem der bærer den økonomiske byrde. Andre undersøgelser bygger på omkostningstal, der svarer til størrelsen af overførselsindkomster, som betales af staten. Vi regner derimod med det produktionstab, som er i forbindelse med helbredsproblemer. Vi mener, at det er mere korrekt dækkende. Vi får dermed også inkluderet det tab i indtjening fra mennesker med helbredsproblemer hr.
3. Tilgang, der vælges: Vi anvender human kapitaltilgangen, hvor der beregnes et skøn over de samlede samfundsmæssige omkostninger, både de nutidige og fremtidige, idet der vil være et produktionstab i hele den periode, hvor medarbejderne har nedsat arbejdsevne i forbindelse med det mentale helbredsproblem. Andre anvender den såkaldte friktionsmetode, hvor man kun medtager omkostninger i den tid, der går, indtil virksomhederne kan ansætte erstatningsarbejdskraft.
4. Mentale helbredsproblemer, der medtages: Vi medtager alle mentale helbredsproblemer og anvender forskellige skøn over udbredelse eller incidens samt skøn over varigheden af problemet samt nogle skøn over an-

delen af sygefravær, der forklares med mentale helbredsproblemer, samt andelen af førtidspension, der tilkendes på grund af mentale helbredsproblemer. Vi går ud fra, hvor stor en andel af sygemeldingsdiagnoserne som er psykiske lidelser, nemlig omtrent 25 %. Dette tal er antageligt for lavt sat, da der forekommer en betydelig underdiagnosticering af mentale helbredsproblemer ved sygemeldinger.

5. Værdifastsættelsen af den tabte produktionstid: Her anvendes enten et gennemsnitligt skøn over værdien af, hvad en medarbejder producerer, eller et stratificeret skøn over værdien af det, som bestemte alders-, job- og uddannelsesgrupper forventes at kunne producere. Vi har sat værdien af et tabt årsværk til 300.000 kr., som er omtrent halvdelen af BNP pr. medlem af arbejdsstyrken. Det kan begrundes med, at produktiviteten antageligt er noget mindre for de sociale grupper, hvorfra langtidssygemeldte og førtidspensionister rekrutteres. Vi har ikke haft adgang til informationer, der muliggør, at man kan anvende mere differentierede tab for produktionstab for aldersgrupper, kønsgrupper og sociale grupper.

Referencer

- Ahola K, Gould R, Virtanen M, Honkonen T, Aromaa A & Lonnqvist J. Occupational burnout as a predictor of disability pension: a populationbased cohort study. *Occup.Environ.Med.* 2008a.
- Ahola K, Toppinen-Tanner S, Huuhtanen P, Koskinen A & Vaananen A. Occupational burnout and chronic work disability: An eightyyear cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *J.Affect.Disord.* 2008b.
- Akerstedt T, Kecklund G, Alfredsson L & Selen J. Predicting longterm sickness absence from sleep and fatigue. *J.Sleep Res.* 2007;16(4):341-345.
- Allebeck P & Mastekaasa A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies. *Scand.J.Public Health Suppl* 2004;63:49-108.
- Ankestyrelsen. Førtidspensioner. Årsstatistik 2008. København, 2009.
- Bratberg E, Gjesdal S & Maeland JG. Sickness absence with psychiatric diagnoses: individual and contextual predictors of permanent disability. *Health Place.* 2009;15(1):308-314.
- Brouwer WB, Meerding WJ, Lamers LM & Severens JL. The relationship between productivity and health-related QOL: an exploration. *Pharmacoeconomics.* 2005;23(3):209-218.
- Bryngelson A. Long-term sickness absence and social exclusion. *Scand.J.Public Health* 2009;37(8):839-845.
- Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Alonso J, Bruffaerts R & Ormel J. Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatr.Scand.* 2006;113(6):492-500.
- Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA & Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on workloss days. *Acta Psychiatr.Scand.* 2005;111(6):436-443.
- Buist-Bouwman MA, Ormel J, de Graaf R, de Jonge P, van Sonderen E, Alonso J, Bruffaerts R & Vollebergh WA. Mediators of the association between depression and role functioning. *Acta Psychiatr.Scand.* 2008;118(6):451-458.
- Bultmann U, Christensen KB, Burr H, Lund T & Rugulies R. Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year follow-up study in Denmark. *Eur.J.Public Health* 2008;18(3):232-234.
- Bultmann U, Huibers MJ, van Amelsvoort LP, Kant I, Kasl SV & Swaen GM. Psychological distress, fatigue and longterm sickness absence: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *J.Occup.Environ.Med.* 2005;47(9):941-947.
- Bultmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M & Burr H. Depressive symptoms and the risk of longterm sickness absence: a prospective

- study among 4747 employees in Denmark. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2006;41(11):875-880.
- Claussen B & Dalgard OS. Disability pensioning: The gender divide can be explained by occupation, income, mental distress and health. *Scand.J.Public Health* 2009;37(6):590-597.
- Claussen B, Dalgard OS & Bruusgaard D. Disability pensioning: Can ethnic divides be explained by occupation, income, mental distress, or health? *Scand.J.Public Health* 2009.
- Clumeck N, Kempnaers C, Godin I, Dramaix M, Kornitzer M, Linkowski P & Kittel F. Working conditions predict incidence of longterm spells of sickness absence due to depression: results from the belstress I prospective study. *J.Epidemiol.Community Health* 2009.
- Darr W & Johns G. Work strain, health, and absenteeism: a metaanalysis. *J.Occup.Health Psychol.* 2008;13(4):293-318.
- Davey MM, Cummings G, Newburn-Cook CV & Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J.Nurs.Manag.* 2009;17(3):312-330.
- Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK & Frings-Dresen MH. Factors associated with longterm sick leave in sicklisted employees: a systematic review. *Occup.Environ.Med.* 2008;65(3):153-157.
- Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS & Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol.Psychiatry* 2009;14(7):728-737.
- Duijts SF, Kant I, Swaen GM, Van den Brandt PA & Zeegers MP. A metaanalysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J.Clin. Epidemiol.* 2007;60(11):1105-1115.
- DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR & Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety* 1996;2(4):167-172.
- Ferrie JE, Vahtera J, Kivimaki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, Head J, Chevalier A, Leclerc A, Zins M, Goldberg M & Singh-Manoux A. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *J.Epidemiol.Community Health* 2009;63(1):50-55.
- Floderus B, Goransson S, Alexanderson K & Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on longterm sick leave. *J.Rehabil.Med.* 2005;37(5):291-299.
- Gilmour H & Patten SB. Depression and work impairment. *Health Rep.* 2007;18(1):9-22.
- Gjesdal S, Haug K, Ringdal P, Maeland JG, Hagberg J, Roraas T, Vollset SE & Alexanderson K. Sickness absence with musculoskeletal or mental diagnoses, transition into disability pension and all-cause mortality: A 9-year prospective cohort study. *Scand.J.Public Health* 2009.

- Gjesdal S, Haug K, Ringdal PR, Vollset SE & Maeland JG. [Risk of disability pension among young persons on longterm sick leave]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.* 2005;125(13):1801-1805.
- Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K & Maeland JG. Predictors of disability pension in longterm sickness absence: results from a populationbased and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur.J.Public Health* 2004;14(4):398-405.
- Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K & Maeland JG. Longterm sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a populationbased cohort study. *Nord.J.Psychiatry* 2008;62(4):294-301.
- Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang SH & Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2004;46(4):398-412.
- Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Sederer LI & Mark TL. The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and wellbeing of their employees. *J.Occup.Environ.Med.* 2002b;44(4):320-330.
- Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Sederer LI & Mark TL. The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and wellbeing of their employees. *J.Occup.Environ.Med.* 2002a;44(4):320-330.
- Greenberg PE & Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert.Opin.Pharmacother.* 2005;6(3):369-376.
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA & Corey-Lisle PK. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J.Clin.Psychiatry* 2003;64(12):1465-1475.
- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, Ballenger JC & Fyer AJ. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J.Clin.Psychiatry* 1999;60(7):427-435.
- Hansen CD & Andersen JH. Sick at work--a risk factor for longterm sickness absence at a later date? *J.Epidemiol.Community Health* 2009;63(5):397-402.
- Hardy GE, Woods D & Wall TD. The impact of psychological distress on absence from work. *J.Appl.Psychol.* 2003;88(2):306-314.
- Head J, Ferrie JE, Alexanderson K, Westerlund H, Vahtera J & Kivimaki M. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2008;337:a1469.
- Hensing G, Andersson L & Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general populationbased epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC.Med.* 2006;4:19.

- Hensing G, Brage S, Nygard JF, Sandanger I & Tellnes G. Sickness absence with psychiatric disorders-an increased risk for marginalisation among men? *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2000;35(8):335-340.
- Hensing G & Wahlstrom R. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 7. Sickness absence and psychiatric disorders. *Scand.J.Public Health Suppl* 2004;63:152-180.
- Janssen N, Kant IJ, Swaen GM, Janssen PP & Schroer CA. Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occup.Environ.Med.* 2003;60 Suppl 1:i71-i76.
- Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S & Alexanderson KA. Risk factors for disability pension in a populationbased cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *Eur.J.Public Health* 2008;18(3):224-231.
- Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Manninen P, Kaplan GA & Salonen JT. Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59(1):70-74.
- Kessler RC, Ormel J, Demler O & Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J.Occup.Environ.Med.* 2003;45(12):1257-1266.
- Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J & Alexanderson K. Diagnosspecific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J.Epidemiol.Community Health* 2007;61(10):915-920.
- Kivimaki M, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Singh-Manoux A, Marmot MG & Head J. Low medically certified sickness absence among employees with poor health status predicts future health improvement: the Whitehall II study. *Occup.Environ.Med.* 2008a;65(3):208-210.
- Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J & Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2003;327(7411):364.
- Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Westerlund H, Vahtera J, Leclerc A, Melchior M, Chevalier A, Alexanderson K, Zins M & Goldberg M. Sickness absence as a prognostic marker for common chronic conditions: analysis of mortality in the GAZEL study. *Occup.Environ.Med.* 2008b;65(12):820-826.
- Konnopka A, Leichsenring F, Leibing E & Konig HH. Cost-of-illness studies and costeffectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review. *J.Affect.Disord.* 2009;114(1-3):14-31.
- Koopmans PC, Roelen CA & Groothoff JW. Frequent and longterm absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup.Environ.Med.* 2008;65(7):494-499.

- Koopmanschap M, Burdorf A, Jacob K, Meerding WJ, Brouwer W & Severens H. Measuring productivity changes in economic evaluation: setting the research agenda. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(1):47-54.
- Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc.Sci.Med.* 1991;32(1):15-27.
- Laitinen-Krispijn S & Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2000;35(2):71-77.
- Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A & Knapp M. A European perspective on social anxiety disorder. *Eur.Psychiatry*. 2000c;15(1):5-16.
- Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A & Knapp M. A European perspective on social anxiety disorder. *Eur.Psychiatry*. 2000a;15(1):5-16.
- Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A & Knapp M. A European perspective on social anxiety disorder. *Eur.Psychiatry*. 2000b;15(1):5-16.
- Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, Reed J, McLaughlin TJ, Berndt ER & Rogers WH. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatr.Serv.* 2004b;55(12):1371-1378.
- Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, Reed J, McLaughlin TJ, Berndt ER & Rogers WH. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services* 2004a;55(12):1371-1378.
- Lerner D & Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J.Occup.Environ.Med.* 2008a;50(4):401-410.
- Lerner D & Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J.Occup.Environ.Med.* 2008b;50(4):401-410.
- Lofland JH, Pizzi L & Frick KD. A review of healthrelated workplace productivity loss instruments. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(3):165-184.
- Lund T, Kivimaki M, Christensen KB & Labriola M. Socioeconomic differences in the association between sickness absence and mortality: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup.Environ.Med.* 2009;66(3):150-153.
- Lund T, Kivimaki M, Labriola M, Villadsen E & Christensen KB. Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup. Environ.Med.* 2008;65(1):28-31.
- Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G & Newberry SJ. A review of methods to measure healthrelated productivity loss. *Am.J.Manag.Care* 2007b;13(4):211-217.

- Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G & Newberry SJ. A review of methods to measure healthrelated productivity loss. *Am.J.Manag.Care.* 2007a;13(4):211-217.
- McKnight PE & Kashdan TB. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review* 2009a;29(3):243-259.
- McKnight PE & Kashdan TB. The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clin.Psychol.Rev.* 2009b;29(3):243-259.
- Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Vahtera J, Westerlund H, Zins M & Head J. Using sickness absence records to predict future depression in a working population: prospective findings from the GAZEL cohort. *Am.J.Public Health* 2009;99(8):1417-1422.
- Merikangas KR, Ames M, Cui L, Stang PE, Ustun TB, Von Korff M & Kessler RC. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Arch.Gen.Psychiatry* 2007;64(10):1180-1188.
- Munce SE, Stansfeld SA, Blackmore ER & Stewart DE. The role of depression and chronic pain conditions in absenteeism: results from a national epidemiologic survey. *J.Occup.Environ.Med.* 2007;49(11):1206-1211.
- Mykletun A, Heradstveit O, Eriksen K, Glozier N, Overland S, Maeland JG & Wilhelmsen I. Health Anxiety and Disability Pension Award: The HUSK Study. *Psychosom.Med.* 2009.
- Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N & Aaro LE. A populationbased cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry* 2006;163(8):1412-1418.
- Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S & Mykletun A. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep* 2008;31(6):875-880.
- Roelen CA, Koopmans PC, Hoedeman R, Bultmann U, Groothoff JW & van der Klink JJ. Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. *Eur.J.Public Health* 2009.
- Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS & Iso-metsa ET. Predictors of longterm work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr.Scand.* 2007;115(3):206-213.
- Sanderson K & Andrews G. Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie* 2006a;51(2):63-75.

- Sanderson K & Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can.J.Psychiatry* 2006b;51(2):63-75.
- Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B & Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *J.Affect.Disord.* 2007b;101(1-3):65-74.
- Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B & Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *Journal of Affective Disorders* 2007a;101(1-3):65-74.
- Schmitz N, Wang J, Malla A & Lesage A. Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a populationbased study. *Psychosom. Med.* 2007;69(4):332-338.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007c;17(3):547-579.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007d;17(3):547-579.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007e;17(3):547-579.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007g;17(3):547-579.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007a;17(3):547-579.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007f;17(3):547-579.
- Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J.Occup.Rehabil.* 2007b;17(3):547-579.
- Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gasquet I, Gureje O, Haro JM, He Y, Kessler RC, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley BM, Ormel J, Posada-Villa J, Watanabe M & Williams D. Mentalphysical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol. Med.* 2009;39(1):33-43.
- Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol.Psychiatry* 2003;54(3):208-215.
- Sivertsen B, Overland S, Glozier N, Bjorvatn B, Maeland JG & Mykletun A. The effect of OSAS on sick leave and work disability. *Eur.Respir.J.* 2008a;32(6):1497-1503.
- Sivertsen B, Overland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, Nordhus IH, Bjorvatn B & Mykletun A. The longterm effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology* 2006;163(11):1018-1024.

- Sivertsen B, Overland S, Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Maeland JG & Mykletun A. Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. *J.Sleep Res.* 2008b.
- Sivertsen B, Overland S, Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Maeland JG & Mykletun A. Insomnia and long sleep duration are risk factors for later work disability. The Hordaland Health Study. *J.Sleep Res.* 2009;18(1):122-128.
- Sjosten N, Kivimaki M, Oksanen T, Salo P, Saaresranta T, Virtanen M, Pentti J & Vahtera J. Obstructive sleep apnoea syndrome as a predictor of work disability. *Respir.Med.* 2009.
- Søgaard HJ. Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte. Herning, Region Midtjylland 2007.
- Sogaard HJ & Bech P. Psychiatric disorders in longterm sickness absence – a populationbased crosssectional study. *Scand.J.Public Health* 2009;37(7):682-689.
- Søgaard J & Bech P. Depression og sundhedsøkonomi. I: Gerlach J, red. Depression. Symptomer, årsager og behandling. København, Psykiatrifondens forlag 2006. s. 289-297.
- Søgaard J, Bech P, Albæk J & Ankjær-Jensen A. Angst og samfundsøkonomi. I: Angstbogen. København, Psykiatrifondens forlag 2008. s. 261-275.
- Staland-Nyman C, Alexanderson K & Hensing G. Associations between strain in domestic work and selfrated health: a study of employed women in Sweden. *Scand.J.Public Health* 2008;36(1):21-27.
- Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F & Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. *Soc.Sci.Med.* 1995;40(2):189-197.
- Stattin M & Jarvholm B. Occupation, work environment, and disability pension: a prospective study of construction workers. *Scand.J.Public Health* 2005;33(2):84-90.
- Stein MB, Cox BJ, Afifi TO, Belik SL & Sareen J. Does comorbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A populationbased perspective. *Psychol.Med.* 2006;36(5):587-596.
- Stephens T & Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic.Dis.Can.* 2001;22(1):18-23.
- Upmark M, Lundberg I, Sadigh J, Allebeck P & Bigert C. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 1999a;34(10):533-540.
- Upmark M, Moller J & Romelsjo A. Longitudinal, populationbased study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *J.Epidemiol.Community Health* 1999b;53(4):223-229.

- Vaananen A, Toppinen-Tanner S, Kalimo R, Mutanen P, Vahtera J & Peiro JM. Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Soc.Sci.Med.* 2003;57(5):807-824.
- Vaez M, Rylander G, Nygren A, Asberg M & Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on longterm sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2007;42(5):381-388.
- Vahtera J, Westerlund H, Ferrie JE, Head J, Melchior M, Singh-Manoux A, Zins M, Goldberg M, Alexanderson K & Kivimaki M. Allcause and diagnosis-specific sickness absence as a predictor of sustained suboptimal health: a 14-year follow-up in the GAZEL cohort. *J.Epidemiol.Community Health* 2009.
- Vingard E, Alexanderson K & Norlund A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 9. Consequences of being on sick leave. *Scand.J.Public Health Suppl* 2004;63:207-215.
- Virtanen M, Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P & Ferrie JE. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup.Environ.Med.* 2006;63(3):212-217.
- Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H & Svardsudd K. Sickleave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. *Bmc Public Health* 2009;9:104.
- Wedegartner F, Sittaro NA, Emrich HM & Dietrich DE. [Disability caused by affective disorders-what do the Federal German Health report data teach us?]. *Psychiatr.Prax.* 2007;34 Suppl 3:S252-S255.

Kapitel 3

Arbejdsmiljø og mentale helbredsproblemer

Indhold

Indledning	193
3.1. Konklusion vedrørende evidens om sammenhængen mellem arbejdsmiljø og mentale helbredsproblemer.....	195
3.2. Evidensgrundlaget for konklusioner om sammenhænge mellem arbejdsmiljø og mentale helbredsproblemer.....	197
Evidens på grundlag af systematiske reviews og meta-analyser	197
Evidens ud fra studier af mobning, interpersonelle konflikter og stigmatisering	202
3.3. Opsummering og diskussion	208
Referencer	214

Indledning

Dette kapitel redegør for, hvilken sammenhæng der er mellem faktorer i arbejdsmiljøet og udvikling af mentale helbredsproblemer. Teoretisk set kan der findes flere potentielle sammenhænge mellem arbejde og mentalt helbred. For det første spiller det at have et arbejde en vigtig rolle for det mentale helbred. Hvis man ikke har et arbejde, kan det være skadeligt for ens mentale helbred. For det andet vil et relativt godt mentalt helbred normalt være en nødvendig forudsætning for at kunne udføre et arbejde, og et dårligt mentalt helbred kan påvirke ens kapacitet til at udføre arbejde. For det tredje kan det at have et arbejde være gavnligt for ens mentale helbred, såfremt arbejdet opfylder nogle betingelser. Omvendt kan arbejde indeholde nogle faktorer, der kan være skadelige for ens mentale helbred. Hvis man ikke er i stand til at udføre sit arbejde på normal vis, kan man blive udsat for negative reaktioner fra kolleger og ledere, hvilket kan medvirke yderligere til at forringe ens mentale helbred.

Det betyder, at relationen mellem arbejde og mentalt helbred er kompliceret, og de forskellige mekanismer kan være vanskelige at udrede og skelne fra hinanden i videnskabelige undersøgelser. Det er således vigtigt, at undersøgelser anvender metoder, der tager højde for dette. En vigtig forudsætning vil ofte være, at man foretager longitudinelle undersøgelser, som øger muligheden for at tolke en association som udtryk for en årsagsrelation.

Det er desuden vigtigt, at man har valide informationer om personernes mentale helbredstilstand ved undersøgelsens begyndelse og gerne også i det tidligere livsforløb. Tidligere mentale helbredsproblemer kan således influere på ens beskæftigelsesmuligheder og dermed på mulighederne for at få et arbejdsmiljø med beskyttende eller måske skadelige faktorer for ens helbred. Endvidere kan både den tidligere og aktuelle mentale helbredstilstand påvirke ens oplevelse af det aktuelle arbejdsmiljø. Da tidligere mentale helbredsproblemer og nuværende mindre helbredsproblemer tillige forøger ens risiko for at udvikle senere mentale helbredsproblemer, er det muligt, at det kan forklare noget af eller hele sammenhængen mellem arbejdsmiljøfaktorer og mentale helbredsproblemer. Dette problem kan man tackle undersøgelsesmæssigt ved, at man kun medtager folk i analysen, der ikke har helbredsproblemer ved undersøgelsens start eller tidligere har haft det. En anden mulighed er at kontrollere for den tidligere helbredstilstand og helbredstilstanden ved undersøgelsens start. Derved kan man få mulighed for at undersøge, om sammenhængene mellem arbejdsmiljø og mentalt helbred er generelle, eller om der er forskelle mellem forskellige undergrupper.

I Hvidbogens sammenhæng, hvor vi beskæftiger os med sygefravær og tilbagevenden til arbejde, er det vigtigt at kunne foretage en sådan skelnen. Vi kan udfolde forskningsspørgsmålet i følgende underspørgsmål:

- Er der en generel sammenhæng mellem arbejdsmiljøfaktorer og mentalt helbred?
- Hvad er styrken af denne sammenhæng?
- Er der forskelle i sammenhængens styrke i forskellige undergrupper?
- Er sammenhængen større eller mindre for personer, der har eller har haft mentale helbredsproblemer sammenlignet med mentalt sunde personer?

Svarene på disse spørgsmål er vigtige for at afklare, hvilke interventioner på arbejdspladen der kan forebygge mentale helbredsproblemer. Især det sidste spørgsmål er vigtigt for at kunne afklare, hvornår man skal anbefale folk med mentale helbredsproblemer at vende tilbage til arbejdet, og hvilke arbejdsmodifikationer man kan foretage for at forebygge en forværring af det mentale helbred.

3.1. Konklusion vedrørende evidens om sammenhængen mellem arbejdsmiljø og mentale helbredsproblemer

Der er fundet stærk evidens for, at der er sammenhæng mellem høje krav i arbejdet, lav social støtte og interpersonelle konflikter og mentale helbredsproblemer. Sammenhængene har moderat styrke (odds ratioer mellem 1,2 og 2). Sammenhængen mellem kombinationen af høje krav og lav kontrol synes at være lidt stærkere, men stadigvæk moderat. Der er fundet associationer mellem lav egenkontrol i arbejdet og mentale helbredsproblemer, der peger i hver sin retning. Der er en moderat til stor variation i de fundne associationer, hvilket kunne tyde på store forskelle i, hvor stærke associationerne er i forskellige undergrupper. Det er en begrænsning i de foretagne systematiske reviews og meta-analyser, at variationerne ikke er analyseret nærmere.

Der er moderat evidens for, at ubalance mellem arbejdsindsats og belønning i arbejdet har sammenhæng med mentale helbredsproblemer, og denne sammenhæng synes at være stabil mellem forskellige grupper. Evidensen vurderes til at være moderat på baggrund af, at der er foretaget flere longitudinelle undersøgelser.

Yderligere er der stærk evidens for en sammenhæng mellem jobusikkerhed og underbeskæftigelse og mentale helbredsproblemer.

Der er indikation for, at der er sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og en række andre arbejdsmiljøfaktorer: lav ledelseskvalitet, mobning, oplevet uretfærdighed.

Forekomsten af mobning, faktorer i det psykiske arbejdsmiljø, der kan bevirke eller afhjælpe mobning, samt fremgangsmåder til håndtering af mobning er alle blevet grundigt klarlagt, både i undersøgelser af det danske arbejdsmarked og i udenlandske undersøgelser. Vi har derfor ikke foretaget en grundig evidensgennemgang af disse spørgsmål. Derimod er forholdet mellem mobning på arbejdspladsen og mentale helbredsproblemer ikke lige så godt undersøgt. Vi har derfor foretaget en grundig gennemgang af dette spørgsmål.

Der er evidens for, at ca. 1,6 % af danske lønmodtagere er udsat for mobning dagligt eller ugentligt, mens 6,7 % har været udsat for mobning månedligt eller "af og til" inden for de seneste 12 måneder. Dette ligger på samme niveau som i undersøgelser i de øvrige nordiske lande.

Der er moderat evidens for, at mobning øger risikoen for depression. Der er også evidens for, at ansatte med en depression har en højere risiko for at blive udsat for mobning.

Der er evidens for, at mobning ikke alene påvirker det mentale helbred hos de medarbejdere, det går ud over, men også hos de medarbejdere, der er vidner til mobningen.

Der er evidens for, at visse brancher oplever mere mobning end andre, og der er evidens for, at forekomsten af depressive symptomer er højere i visse brancher.

3.2. Evidensgrundlaget for konklusioner om sammenhænge mellem arbejdsmiljø og mentale helbredsproblemer

Til dette kapitel blev anvendt tre metoder til søgning af litteratur. For det første blev der søgt i tre databaser, Medline, Psyclitt og Web of Knowledge. Ved denne søgning blev anvendt søgeord angivet i Tabel B3.1 (i bilag som findes på NFA's hjemmeside). Søgeordene blev valgt ud fra følgende kriterier: Målgruppen var beskæftigede under bestemte udvalgte arbejdsmiljøforhold. Studierne skulle undersøge udfald i form af en række forskellige mentale helbredsproblemer. Studierne skulle være systematiske reviews eller meta-analyser, som var udført inden for de seneste 10 år. For det andet blev der søgt via Google efter systematiske reviews og meta-analyser. For det tredje blev der søgt i referencelisterne i de udvalgte artikler.

De fundne referencer blev gennemgået, og på grundlag af titlerne blev 57 artikler udvalgt som potentielt anvendelige ud fra inklusionskriterierne i Tabel B.1. Abstracts for de 57 artikler blev gennemgået af to forskere, som uafhængigt af hinanden udvalgte de artikler, der var relevante i forhold til forskningsspørgsmålet i kapitlet. De to sæt vurderinger blev diskuteret, og en afgørelse om inklusion blev foretaget i enighed. En eventuel uenighed blev afklaret gennem diskussion eller ved præcisering af eksklusionskriterierne.

Ved gennemlæsning af artiklerne blev der yderligere ekskluderet et antal af de udvalgte artikler, da nogle af dem viste sig ikke at være systematiske reviews eller meta-analyser eller ikke indeholdt tilstrækkelige oplysninger om målgrupper, eksponeringer, udfald eller estimater om sammenhængen mellem arbejdsmiljøfaktorer og udfald. Der endte med at være 14 systematiske reviews og/eller meta-analyser, der indgår i dette kapitel (Tabel 3.1).

De udvalgte artikler beskæftiger sig med forskellige udfald, og resultaterne af dem bliver dermed vanskelige at sammenligne.

Evidens på grundlag af systematiske reviews og meta-analyser

Fire af de systematiske reviews har valgt at anvende diagnosticerede mentale helbredsproblemer som outcome og stiller ret enslydende forskningsspørgsmål (Bonde 2008; Netterstrom et al. 2008; Siegrist 2008; Stansfeld & Candy 2006). Derfor er de indbyrdes sammenlignelige. De fire reviews bygger på

omtrent lige mange enkeltstudier (11-16 studier). I alt gennemgås 33 artikler i de fire reviews, men der er kun tre enkeltstudier, der indgår i alle fire reviews, og to der indgår i tre af dem. Dette medfører en række forskelle mellem reviewene i konklusionerne angående evidensen for sammenhænge.

De fire reviews viser samstemmende, at der er evidens for en sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og de to arbejdsmiljøfaktorer høje krav og lav social støtte, mens der er modstridende resultater vedrørende sammenhængen mellem lav egenkontrol i arbejdet og mentale helbredsproblemer. Der viser sig en moderat til stor spredning i estimerne, som ikke er analyseret nærmere. Ét af reviewene (Bonde 2008) når frem til, at hverken metoderne til undersøgelse af prædiktører og udfald samt den store forskel i opfølgningstid kan forklare de moderate til store forskelle i estimerne af associationerne. Kun ét af reviewene (Stansfeld & Candy 2006) har foretaget en formel statistisk analyse af heterogeniteten. Ét af de øvrige (Bonde 2008) undlader at foretage en syntese af resultaterne med den begrundelse, at der ser ud til at være en høj heterogenitet, men netop herved udelukker man sig fra at undersøge, hvorfor der kunne være forskelle i sammenhænge mellem arbejdsmiljøfaktorer og depression i forskellige grupper.

Det ene review (Stansfeld & Candy 2006) konkluderer, at kombinationen af høje krav og lav kontrol har en stærkere sammenhæng med depression end de to komponenter hver for sig. Det modsiges af et af de andre reviews (Netterstrøm et al. 2008), hvilket kan forklares ved, at det er forskellige enkeltundersøgelser, der indgår i reviewene.

Det andet review af Netterstrøm (Netterstrøm & Conrad 2007) bygger på i alt 40 studier, hvoraf 13 studier har målt udfald med diagnostiske interviews eller validerede skalaer til måling af depression, og de øvrige 27 studier har anvendt andre skalaer til måling af mentale helbredsproblemer. Af i alt 11 afprøvninger af sammenhængen mellem høje krav og mentale helbredsproblemer var syv signifikante, mens fire var insignifikante. Hvad angår sammenhængen mellem lav indflydelse i eget arbejde og mentale helbredsproblemer, var resultaterne modstridende. Derimod viste studierne en klar sammenhæng mellem lav social støtte i arbejdet og mentale helbredsproblemer.

Tabel 3.1 Dataudtrækningskema af udvalgte systematiske reviews og meta-analyser

Studie	Periode	Antal studier ^{a)}	Population	Prædiktorer ^{b)}	Udfald ^{c)}	Resultater ^{d)}
Bonde 2008	1966-2007	16 studier, >375 N=63.000	Virksomheds- og populationsba serede	Jobkrav. Jobkontrol. Job-strain. Social support	MD, Depr S, 1-13 år	9S Krav OR=1,31* 12S Lav kontrol OR=1,20* 8S Lav støtte OR=1,44* 8S Jobstress ikke angivet FåS ERI, mobning, uretfærdighed ia
Netterstrom et al. 2008	???-2007	14 studier, N=184-12.011	Virksomheds- og populationsba serede	Jobstress. Jobkrav. Lav kontrol. Social støtte. Andre krav	MD, Depr S, 1-8 år	3S Høje krav M OR=1,4-1,8 3S Lav kontrol OR=1,4 4S Jobstress ia H ERI Klar ass. 4S Lav støtte klar ass. 6S Andre belastninger klar ass.
Netterstrom et al. 2007	???-2007	40 studier	Virksomheds- og populationsba serede	Jobstress. Jobkrav. Lav kontrol. Andre krav	13 MD diagnost. interv. eller valid. skalaer 27 andre MH-skalaer	7 af 10S Jobkrav assoc m. psyk. lidelse 13 af 15S Lav social støtte assoc m. psyk. lidelse 3S ERI assoc m. psyk. lidelse 3S Uretfærdighed assoc m. psyk. lidelse 3S Vold & mobning assoc m. psyk. lidelse 5S Jobusikkerhed assoc m. depression M
Siegrist 2008	1998-2008	12 studier	Jobgrupper	Jobstress. ERI	MD, Depr S	Ikke syntese af resultater
Stansfeld & Candy 2006	1994-2005	38 studier, 11 i meta-analyse, 36S	Lav kontrol. Jobkrav. Jobstress. Interpers. stress. ERI	Jobusikkerhed	Common mental disorders 1-14 år	10S Lav kontrol OR=1,22* LM 8S Jobkrav OR=1,35* H 3S Jobstress OR=1,82* H 8S Interpers. stress OR=1,32* M 4S ERI OR=1,84*L 3S Jobus OR=1,33*L
Sanderson & Andrews 2006	???-2005	7 studier N=6264	Virksomheds- og populationsba serede	Lav jobkvalitet. Uretfærdighed. Under-beskæftigelse	MD, fobi	2s Underbesk. depr s assoc 3s Høje krav OR=1,25-1,63* 2s Lav kontrol 1,24-1,37* 2s Lav social støtte 1,33-1,40* 3s Uretfærdighed 1,21-2,13* 2s Jobus 1,31-1,83*

Studie	Periode	Antal studier ^{a)}	Population	Prædiktorer ^{b)}	Udfald ^{c)}	Resultater ^{c)}
Faragher et al. 2005		323S N=269.000	Virksomheds- og populationsbaserede	Jobtilfredshed	Flere MH-dimensioner	46S]t-depr s r 0,37* 60S]t-angst r 0,35* 13S]t-selværd r 0,35* 142S]t-GMH r 0,32*
Gershon et al. 2007	1997-2007	5 studier	Sygeplejersker	Organisationsklima jobkendtegn	Udbrændthed	Socialt klima assoc Antal pt., stærk assoc Lang arbejdstid mindre udbrændth.
Kuoppala et al. 2008	1975-2005	30 studier 15 LS 15 TS	Virksomheds- og populationsbaserede	Ledelse	Job well-being	35 RR=1,40
Michie & Williams 2003	1997-99	49 studier 29 TS 9 LS 2 Exp	Sundhedspersonale, Andre jobgrupper	Krav Lang arbejdstid Kontrol Mobning Rolleklarhed Social støtte Organisationsklima ledelse	Stress Angst Depression	Overvejende tværsnitsstudier
Sverke et al. 2002		86 studier	Befolknings- og virksomhedsstudier	Job usikkerhed		
Tsutsumi & Kawakami 2004	1985-2003	15 studier	Befolknings- og virksomhedsstudier	ERI	MH, mental og social funktion	Assoc mellem ERI og mentale helbredsproblemer
(Cheng & Chan 2008)	1980-2006	133 studier, 172 samples	Befolknings- og virksomhedsstudier	Jobusikkerhed	Psykologisk helbred	77S r=-0,28 Stærkest sammenhæng for personer med kort anciennitet og for ældre personer
Noter:						
a) LS=longitudinelle studier, TS=tværsnitsstudier						
b) ERI=indsats-belønnings-ubalance, Jobus=jobusikkerhed, ERI=indsats-belønnings-ubalance, ia=estimat ikke angivet M=mand, K=kvinder,						
c) MD=major depression, Depr S=depressive symptomer, MH=mentalt helbred, MoodD=mood disorders, dysth=dystymi, OR=Odds Ratio'er, XS=antal sammenligninger, r=korrelation, assoc=fundet, størrelse heraf ikke angivet, *=signifikant association						

Der er desuden evidens fra alle de fire reviews om arbejdsmiljø og depression for en sammenhæng mellem ubalance mellem indsats og belønning og depression. Der synes kun at være en lille spredning i estimerne, hvilket tyder på, at denne sammenhæng gælder på tværs af forskellige populationer. Der er dog relativt få undersøgelser af denne association. Konklusionen bekræftes af ét af de øvrige reviews (Tsutsumi & Kawakami 2004), der beskæftiger sig med mentalt helbred og reduceret mental og social funktionsevne.

Flere af reviewene beskæftiger sig med andre faktorer, som prædiktorer for depression og forringelse af mentalt helbred. Både jobusikkerhed (Sanderson & Andrews 2006; Stansfeld & Candy 2006), oplevet uretfærdighed (Bonde 2008; Sanderson & Andrews 2006), lav ledelseskvalitet (Kuoppala et al. 2008) samt mobning og andre interpersonelle belastninger i arbejdet (Bonde 2008; Netterstrom et al. 2008) har i flere undersøgelser vist sig at være forbundet med mentale helbredsproblemer. Men der er kun foretaget relativt få undersøgelser af disse sammenhænge, og der synes at være en ret stor forskel i estimerne mellem de enkelte undersøgelser, en forskel, der ikke er analyseret nærmere.

Sammenhængen mellem jobusikkerhed og mentale helbredsproblemer er analyseret nærmere i ét review (Sverke et al. 2002), hvor det bekræftes, at der er en sammenhæng. Endvidere viser et review (Waddell & Burton 2006), at der er sammenhæng mellem underbeskæftigelse (en kombination af usikker ansættelse, lav løn og begrænset ansættelsestid) og mentale helbredsproblemer. En senere opdatering af Sverkes meta-analyse viser en moderat negativ sammenhæng mellem jobusikkerhed og mentalt helbred. Mellem studierne er der en bred variation i styrken af denne sammenhæng. Sammenhængen er stærkest for personer med kort anciennitet og for ældre medarbejdere (Cheng & Chan 2008).

Reviewet af undersøgelser af sammenhængen mellem jobtilfredshed og generelt mentalt helbred og mentale helbredsproblemer i form af depressive symptomer, angstsymptomer og lavt selvværd viser en moderat sammenhæng. Men reviewet baseres mest på tværsnitsundersøgelser, og det er ikke analyseret, om der er en generel forskel mellem associationens styrke i tværsnitsundersøgelser og longitudinelle undersøgelser. Derfor er konklusionen om sammenhængen usikker.

Evidens ud fra studier af mobning, interpersonelle konflikter og stigmatisering

Vi vil i dette afsnit se på, hvor ofte konflikter på arbejdspladsen forekommer, hvordan konflikterne påvirker det mentale helbred, samt hvorledes personer kan blive udsat for stigmatisering og måske få forværret deres mentale helbred.

Mobning

Mobning er defineret som "når en eller flere personer regelmæssigt og over længere tid – eller gentagne gange på grov vis – udsætter en eller flere andre personer for krænkende handlinger, som vedkommende opfatter som sårende eller nedværdigende. De krænkende handlinger bliver dog først til mobning, når de personer, som de rettes mod, ikke er i stand til at forsvare sig effektivt imod dem. Drillerier, der af begge parter opfattes som godsindede, eller enkeltstående konflikter, er ikke mobning" (Arbejdstilsynet; www.at.dk/regler/AT-vejledninger).

Mobning er altså blot én type konflikt, der kendetegnes ved, at mobbeofferet ikke kan forsvare sig. Resultater fra NFA's undersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø (2004/05) viser (Ortega et al. 2009), at 1,6 % havde været udsat for mobning "dagligt" eller "ugentligt", og at 6,7 % havde været det "månedligt" eller "af og til" inden for de sidste 12 måneder. Undersøgelsen viser også, at der generelt ikke er signifikant forskel på, hvor mange mænd og kvinder der udsættes for mobning på danske arbejdspladser.

Sexchikane er også et eksempel på konflikter, der kan opstå på arbejdspladsen, hvor offeret som regel ikke føler, at han eller hun kan forsvare sig. Det menes, at ca. 3 % af den danske arbejdsstyrke udsættes for seksuel chikane (AT).

Mobning kan opstå på grund af nogle psykosociale problemer på arbejdspladsen, men kan også skabe psykosociale problemer på arbejdspladsen.

Årsager til mobning kan være forskelsbehandling, uklar eller mangelfuld information, uklare værdier og normer, dårlig konfliktløsning etc. Hvis man længe er udsat for mobning, påvirker det ens mentale velbefindende på arbejdet og kan i visse tilfælde udløse stresstilstand, angst eller depression.

Man kunne dog også forestille sig, at medarbejdere med mentale helbredsproblemer kan skabe eller forstærke konflikter. Det kan skyldes, at de har en nedsat arbejdssevne, der går ud over de andres arbejde. Det kan også skyldes, at medarbejderen på grund af mentale helbredsproblemer har problemer med at fungere socialt på arbejdspladsen.

Der kan mobbes mellem medarbejdere eller mellem medarbejdere og chefer. Mobning opleves ofte som mere krænkende, når det drejer sig om en medarbejder, der mobbes af sin chef, måske fordi chefens magt gør det endnu sværere at reagere på mobningen. Der er også eksempler på, at chefer mobbes af deres medarbejdere.

Prævalensen af mobning

Arbejdsmiljøinstituttet udgav i 2002 en kritisk gennemgang af dansk og udenlandsk forskningslitteratur om mobning på arbejdspladsen (Dofradottir & Høgh 2002). Den kritiske gennemgang viste, at metodiske forskelle gør det særdeles vanskeligt at konkludere noget sikkert om udbredelsen af mobning. NAK-projektet på NFA har vist, at ca. 2 % af de danske lønmodtagere har været udsat for mobning, og at der er forskel på brancher.

I en finsk undersøgelse af hospitalsansatte var prævalensen af mobning 5-6 %, og prævalensen af vedvarende mobning i mindst to år var 2 % (Kivimaki et al. 2003).

Den svenske forsker Leymanns har følgende definition på mobning: "De som bliver udsat for negative handlinger mindst ugentligt i mindst seks måneder". 3,5 % af svarpersonerne i hans nationale repræsentative udsnit af svenske lønmodtagere svarede ja til dette spørgsmål (Leymann 1992). Baseret på dette tal har han derefter kalkuleret, at der kommer 120.000 nye mobbeofre hvert år i Sverige. Ansætter man den gennemsnitlige længde af et arbejdsliv til 30 år, betyder det, at den enkelte har en risiko på 25 % for at blive udsat for mobning i mindst seks måneder i løbet af sit arbejdsliv.

De helbredsmæssige konsekvenser af mobning

En undersøgelse af 5.432 hospitalsansatte i alderen 18-63 år (Kivimaki et al. 2003) viste, at odds ratio for at udvikle hjertesygdom var 2,3 for dem, der havde været udsat for mobning i forhold til dem, som ikke havde. Her viste overvægt sig imidlertid at være en betydelig confounder. Når der justeredes

for overvægt, var odds ratio 1,6 for udvikling af hjerte-kar-sygdom som følge af mobning. Hvad angik depression, var odds ratio 4,2, selv når der var kontrolleret for overvægt. Der var tale om en kumulativ effekt; jo længere tid man var udsat for mobning, des større risiko for udvikling af depression og/eller hjerte-kar-sygdom. Man kunne imidlertid forestille sig, at der kunne forekomme omvendt kausalitet, sådan at netop ansatte, der allerede havde en depression eller hjerte-kar-sygdomme, var særligt udsatte for mobning. Her viste undersøgelsen, at kun depression var en prædiktør for efterfølgende mobning. Depression kan således bevirke, at mobbeofferet er mere tilbøjelig til at opfatte drillerier og "sjove bemærkninger" som fjendtlige. Der kan altså opstå en ond cirkel, hvor mentale helbredsproblemer forstærker eller ligefrem medfører mobning, og hvor mobningen forværrer de mentale helbredsproblemer yderligere.

I en anden finsk undersøgelse måltes effekten af mobning på niveauet af stress og mentalt velbefindende på 949 tilfældigt udvalgte kommunalt ansatte (Vartia 2001). Undersøgelsen havde en overvægt af kvinder (85 %). Her undersøgtes vha. Leymanns spørgeskema det mentale velbefindende både hos dem, der angav at have været udsat for mobning, og hos deres kolleger. 10 % opfattede sig selv som ofre for mobning, og 9 % opfattede sig selv som vidner til mobning. Man målte derefter stressniveauet i tre grupper: 1) mobbeofrene, 2) vidner til mobning) og 3) ansatte på en arbejdsplads, hvor der ikke forekom mobning. Her viste det sig, at stressniveauet i den første gruppe var meget højt, idet 40 % oplevede et meget højt stressniveau i forhold til 25 % af vidnerne og 14 % af de ikke-mobningsberørte ansatte. Det viste sig, at det at være vidne til mobning var en signifikant prædiktør for mentale stressreaktioner. Alder og køn syntes derimod ikke at spille nogen rolle for den enkeltes reaktion på mobning. Der kunne ikke ses nogen sammenhæng mellem frekvens og varighed af mobningen, hvilket står i modstrid med den øvrige forskning (Einarsen 2000), men dette kan sandsynligvis forklares med det lave antal deltagere i undersøgelsen.

En fransk undersøgelse af 3.132 mænd og 4.562 kvinder viste, at mobning var en risikofaktor for depressive symptomer både hos mænd og kvinder. Der anvendtes Leymanns spørgeskema til måling af mobning, og depressive symptomer blev målt med CES-D-skalaen, en binomial skala. Undersøgelsen inddrog 143 arbejdsmedicinere, der hver udvalgte 150 personer til at deltage i undersøgelsen, som alle havde været i arbejde i de seneste tre måneder. Prævalensen af depressive symptomer var 60 % blandt personer, der var blevet udsat for mobning inden for de seneste 12 måneder. Frekvensen af mobningen havde en stor betydning for prævalensen af depressive symptomer. Overraskende nok var prævalensen af depression ikke korreleret lineært med

varigheden af mobningen, idet mænd, der havde oplevet mobning i fem år eller mere, havde en prævalens af depressive symptomer på 72 %, mens prævalensen var 65 % blandt de mænd, der var blevet mobbet i 2-5 år, og 69,9 % blandt dem, der var blevet mobbet i op til to år. For kvinder var prævalensen af depressive symptomer 60 % for dem, der var blevet mobbet i over fem år, 64 % for dem, der var blevet mobbet i 2-5 år, og 58 % for dem, der var blevet mobbet i op til to år. Prævalensen af depressive symptomer hos dem, der ikke var blevet mobbet, var i øvrigt 21 % for mænd og 16,4 % for kvinder. For kvinder steg prævalensen af depressive symptomer med alderen. Kvinder uden børn havde højere prævalens end kvinder med børn, ligesom personer af begge køn, der levede alene eller havde et lavt uddannelsesniveau, havde højere prævalens end hhv. personer i parforhold og personer med højt uddannelsesniveau. For mænd var der en øget prævalens af depressive symptomer for servicemedarbejdere, mens kvinder i faglærte job også havde en øget prævalens.

Da det var et inklusionskriterium i undersøgelsen, at man skulle have været beskæftiget i de seneste tre måneder, kan det ikke udelukkes, at der ses en såkaldt "healthy worker effect". Endvidere kan der have været en selection bias ved den noget utraditionelle udvælgelsesmetode, men der var ingen større afvigelser mellem de adspurgte og den generelle befolkning i området.

Konflikter

Vi har i Hvidbogen valgt at bruge det langt bredere begreb "konflikter". Det dækker også over konflikter på arbejdspladsen, hvor begge parter er lige involverede, hvor der altså ikke på samme måde som med mobning og sexchikane kan tales om offer og gerningsmand. Alligevel kan man forestille sig, at et konfliktfyldt arbejdsmiljø vil tære på medarbejdernes psykiske reserver og velbefindende. På en arbejdsplads kan der tænkes konflikter mellem medarbejdere, mellem arbejdsgrupper, mellem medarbejdere og chefer, mellem afdelinger etc. Uløste konflikter kan gøre det vanskeligt at overskue en tilbagevenden til den pågældende arbejdsplads.

Konflikter er et mere brugbart begreb end mobning, idet mange vil vægre sig ved at blive kaldt mobbeoffer, og idet begrebet konflikter opfanger de mange flere tilfælde, hvor begge parter er "udøvere", og som derfor ikke kan betegnes som egentlig mobning. Forskningen i konflikter på arbejdspladsen har traditionelt været fokuseret på konflikthåndtering og indflydelse på effektivitet og produktivitet i grupper. Der har været meget mindre opmærksomhed

på trivsel og helbred, som også er vigtige at undersøge (De Dreu & Beersma 2005).

Ud over de studier, der indgår i de tidligere omtalte systematiske reviews, har vi kun kunnet identificere yderligere tre prospektive undersøgelser af konflikter med kolleger og ledere som prædiktorer for mentale helbredsproblemer. I en finsk undersøgelse fandt man (Appelberg et al. 1996), at interpersonelle konflikter på arbejdspladsen var prædikator for reduceret arbejdsevne hos kvinder, og at den øgede risiko var begrænset til de kvinder, der samtidig oplevede konflikter i deres familie. I den samme undersøgelse fandt man (Romanov et al. 1996), at interpersonelle konflikter var prædikator for psykiske lidelser ved opfølgning ved 4-6 år.

I en dansk undersøgelse (Hogh et al. 2005) fandt man, at 6,3 % af et tilfældigt udvalgt nationalt sample var udsat for ubehagelige drillerier ved baseline. Ved femårs opfølgning var der association med mentale helbredsproblemer hos kvinder, men ikke for mænd.

I den tredje undersøgelse (De Raeve et al. 2009) fandt man, at 7,2 % ved baseline var involveret i konflikter med kolleger og 9,5 % med ledere. For begge køn fandtes en forøget forekomst af forhøjet behov for recovery, vedvarende træthed og dårligt generelt helbred.

Stigmatisering

Mange personer med mentale helbredsproblemer oplever såkaldt stigmatisering på grund af deres sygdom. Stigmatisering skyldes ofte uvidenhed om de mentale helbredsproblemer både hos den syge og hos omgivelserne. Mentale helbredsproblemer forbindes af mange med voldsom og uforudsigelig adfærd, tab af selvkontrol, svaghed, at "man bare skal tage sig sammen". Stigmatisering kan bl.a. medføre, at

- Den syge ikke søger hjælp (Hinshaw & Stier 2008; Schomerus & Angermeyer 2008)
- Den syge tøver med at vende tilbage til arbejdet
- Reintegrationen af den syge medarbejder bliver vanskeliggjort
- Den syge får svært ved at komme til at føle sig "rask".

Den stærke stigning i forbruget af antidepressive midler har været til heftig debat i medierne, og der er blevet sat spørgsmålstegn ved, at så mange har fået ordineret antidepressiva, hvilket bl.a. har ledt til det uheldige tilnavn

”lykkepiller”. I en undersøgelse foretaget ved Institut for Samfundsfarmaci slås det fast, at yngre kvindelige patienter føler sig stigmatiseret ved brug af antidepressiv medicin og ofte undlader at fortælle omverdenen, at de tager medicinen (Knudsen et al. 2000). De oplever herved at gå fra ét stigma til et andet. Stigma forbundet med brugen af antidepressiv medicin er bl.a., at det er ”den lette løsning”, og at man er en ”svag” person. Det er dog bemærkelsesværdigt, at patienternes egen oplevelse af stigma til dels også stammer fra deres egne fordomme om mentale helbredsproblemer fra tiden, før de selv blev syge. Ved en grundig oplysningsindsats rammer man derfor ikke kun samfundet i almindelighed, men også de mennesker, der har mentale helbredsproblemer og føler sig stigmatiserede i deres dagligdag.

Der er foretaget nogle undersøgelser af, hvorvidt udsættelse for stigmatisering påvirker mentalt helbred negativt. En meta-analyse af 45 studier (Mak et al. 2007) viste en moderat sammenhæng mellem stigmatisering og dårligere mentalt helbred. Sammenhængen var af samme styrke på tværs af betingelsen for stigmatisering. Om udsættelsen for stigmatisering på grund af psykiske lidelser yderligere virker forværrende på det mentale helbred, er ikke blevet undersøgt tilstrækkeligt.

3.3. Opsummering og diskussion

Der er fundet stærk evidens for, at der er sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og høje krav i arbejdet, lav social støtte og interpersonelle konflikter. Sammenhængene er af moderat styrke (odds ratioer mellem 1,2 og 2). Der er modstridende resultater fra forskellige undersøgelser af sammenhængen mellem lav kontrol i eget arbejde og mentale helbredsproblemer. Sammenhængen mellem kombinationen af høje krav og lav kontrol synes at være lidt stærkere, men stadigvæk moderat. Der er en ret stor variation i de fundne associationer, hvilket kunne tyde på store forskelle i, hvor stærke sammenhængene er i forskellige befolknings- og jobgrupper. Det er en begrænsning i de foretagne systematiske reviews og meta-analyser, at denne variation ikke er analyseret nærmere.

Der er moderat evidens for, at ubalance mellem arbejdsindsats og belønning i arbejdet har sammenhæng med mentale helbredsproblemer, og denne sammenhæng synes at være stabil mellem forskellige grupper. Evidensen vurderes til at være moderat på baggrund af, at der er foretaget flere longitudinelle undersøgelser.

Endvidere er der moderat til stærk sammenhæng mellem jobusikkerhed og underbeskæftigelse og mentale helbredsproblemer.

Der er begrænset evidens (indikation) for, at der er sammenhæng mellem mentale helbredsproblemer og en række andre arbejdsmiljøfaktorer: lav ledelseskvalitet, mobning og oplevet uretfærdighed.

Der er ikke foretaget nogen analyse af den ætiologiske fraktion, dvs. den andel af de mentale sygdomme, der kan tilskrives arbejdsmiljøet. Der er foretaget én sådan analyse ud fra risiko-estimatet for jobstress ($OR=1,82$) i Stansfelds meta-analyse (Stansfeld & Candy 2006) og eksponerings-prævalensen i Australien (LaMontagne et al. 2008). Denne analyse viser, at den ætiologiske fraktion af jobstress for depression hos mænd og kvinder er henholdsvis 13 % og 17 %. Det tyder på, at en betydelig andel af depression kan forebygges ved enten generel eller selektiv præventiv intervention rettet mod jobstress på arbejdspladsen. Dette forudsætter dog, at der er en kausal sammenhæng mellem arbejdsmiljøfaktorerne og mentale helbredsproblemer.

Der er en række styrker og begrænsninger i den forskning, der er blevet analyseret i de 14 reviews, samt i de valgte artikler:

Studiernes design

Der er i det seneste årti kommet flere longitudinelle studier, hvor der tidligere primært var tale om tværsnitsstudier. Ud fra associationer fundet i tværsnitsundersøgelser er det ikke muligt at konkludere om mulige kausale sammenhænge, fx at visse arbejdsmiljøfaktorer påvirker risikoen for opståen af mentale helbredsproblemer. Man kan ikke udelukke mulige omvendte sammenhænge eller gensidige sammenhænge, hvor mentale helbredsproblemer også influerer på arbejdsmiljøet eller personernes opfattelse af deres arbejdsmiljø. Med tilkomsten af flere longitudinelle studier er man noget bedre stillet. Her kan man ved at tilpasse analyserne til den mentale helbredstilstand ved studierne baseline sikre, at de forventede årsagsfaktorer i arbejdsmiljøet kommer før effekterne på det mentale helbred. Dog kan man heller ikke med longitudinelle studier konkludere helt sikkert om kausale sammenhænge, idet det fx er muligt, at tidligere mentale helbredsproblemer påvirker arbejdsmiljøet og de fundne sammenhænge.

Associationen mellem arbejdsmiljøbelastninger og mentale helbredsproblemer kan være påvirket af tidligere psykiske problemer, der enten påvirker oplevelsen af arbejdsmiljøet eller virker som selektion ind i job med dårligt arbejdsmiljø. Om associationen kan forklares ved tidligere stress eller mentale helbredsproblemer i barndommen eller den tidlige voksenalder, har det ikke været muligt at undersøge i meta-analyserne. Os bekendt er problemstillingen kun blevet undersøgt i ganske få undersøgelser. Analysen i én undersøgelse viser (Stansfield et al. 2008), at internaliserende adfærd i barndom og tidlig voksenalder er en prædiktør for oplevelsen af dårligt arbejdsmiljø i voksenalderen, og høje arbejdskrav, lav indflydelse, højt job-strain (kombination af store arbejdskrav og lav egenkontrol), lav social støtte og høj job-sikkerhed er associeret med en overhyppighed af diagnosticerede mentale helbredsproblemer midt i voksenalderen (omkring 45 år). Disse associationer mellem arbejdsbelastninger og mentale helbredsproblemer forbliver signifikante efter kontrol for tidligere internaliserende adfærd, men associationen bliver lidt svagere. Dette resultat tyder på, at interventioner til forbedring af arbejdsmiljøet kan være forebyggende for depressive episoder og angst midt i livet. Tidligere mentale helbredsproblemer kan endvidere påvirke selektionen ind i job med mindre godt arbejdsmiljø, som kan forøge risikoen for senere depressive og angstsymptomer.

Antallet af studier

Selvom der samlet set er kommet resultater fra flere longitudinelle studier, er det en begrænsning, at antallet af studier af hver hypotetisk risikofaktor er beskedent, som oftest mellem to og 10 studier), og det er primært faktorerne i den mest anvendte model, Krav-kontrol-modellen, der er belyst i et antal undersøgelser, der muliggør en klar konklusion om evidens. For en lang række andre arbejdsmiljøfaktorer vil konklusionen om evidensen være begrænset på grund af et beskedent antal longitudinelle undersøgelser.

Udelukkelse af studier fra meta-analyser

Problemet med det begrænsede antal studier i de systematiske reviews bliver tillige forværret i de tilfælde, hvor man enten ekskluderer enkeltstudier fra analysen på grund af forskellige former for angivelse af associationernes størrelser, eller hvor man undlader at foretage meta-analyse. Således inkluderer ét af de systematiske reviews (Stansfeld & Candy 2006) hele 38 longitudinelle studier, men vælger kun at inkludere 11 af disse i meta-analysen, hvilket må siges at være et stort tab af information, som medvirker til at gøre konklusionerne svagere.

Heterogenitet

Det er en begrænsning, at heterogeniteten mellem de fundne associationer kun er blevet analyseret i meget begrænset omfang. Der er mange forskelle mellem de enkelte studier inkluderet i analyserne, herunder forskelle mellem populationer, udfald, tidsrum mellem måling af prædiktorer og udfald samt forskelle i de metoder, der måler prædiktorer og udfald og analyserer sammenhængene. Tillige er der forskelle i de undersøgte faktorer, der tænkes at påvirke mentale helbredsproblemer. Ved den begrænsede meta-analyse forhindres man netop i at analysere, om der findes systematiske forskelle mellem sammenhængenes størrelser. Eventuelle systematiske forskelle i sammenhængenes størrelser ville være af stor betydning, når man skal udforme interventioner, der kan forebygge mentale helbredsproblemer. Fx viser ét af studierne, der indgår i flere af de systematiske reviews, at oplevelsen af daglig følelsesmæssig social støtte har en signifikant buffereffekt på sammenhængen mellem høj grad af egenkontrol i arbejdet og depression og angst (Plaisier et al. 2007), således at kombinationen af høj grad af indflydelse og høj grad af daglig emotionel støtte synes at virke beskyttende over for udvikling af depression og angst.

Betydningen af tidligere mentale helbredsproblemer

En anden begrænsning er, at der i flere af studierne ikke skelnes mellem folk, der aldrig har haft noget mentalt helbredsproblem, folk der tidligere har haft mentale helbredsproblemer, og som har en forøget risiko for senere at udvikle et helbredsproblem, og folk, der har mindre mentale helbredsproblemer. Man kunne tænke sig, at der er forskellige risikofaktorer for disse tre grupper og forskelle i, hvor stærke sammenhængene er. Man har således ikke mulighed for at skelne mellem, om de undersøgte faktorer indebærer en særlig forøget risiko for dem, der aldrig har haft mentale helbredsproblemer, dem, der tidligere har været syge, eller dem, der kun har beskedne mentale helbredsproblemer. I nogle af studierne, bl.a. et af de tidligere nævnte (Plaisier et al. 2007), når man de samme resultater vedrørende sammenhængene mellem arbejdsmiljøfaktorer og hhv. depression og angst, når man udelader de personer fra analyserne, der tidligere har haft depression eller angst.

Forskellige målinger af mentale helbredsproblemer

Det er også en begrænsning, at der i de omtrent 40 longitudinelle studier er anvendt forskellige definitioner og målinger af mentale helbredsproblemer. Én meget anvendt målemetode er diagnostiske interviewmetoder, der er afprøvede eller validerede, standardiserede spørgeskemaer, som kan anvendes til at afgøre, om en person har en diagnosticérbar psykisk lidelse. En anden målemetode er anvendelse af standardiserede spørgeskemaer med spørgsmål om intensitet af symptomer, som bliver scoret og summeret, hvorefter der beregnes en skala-score. Ét af reviewene (Bonde 2008) når dog frem til, at anvendelsen af forskellige målemetoder ikke forklarer de ret store forskelle i estimerne af associationerne. Men man kan ikke udelukke, at fx jobkontrol har en stærkere sammenhæng med mentale helbredsproblemer end med diagnosticerede psykiske lidelser. Det er således muligt, at lav grad af indflydelse påvirker ved at give flere symptomer snarere end ved, at lav indflydelse medvirker til, at flere får depression.

En yderligere begrænsning er, at der er klart flest studier om depression og depressionssymptomer. Man kan dermed ikke med sikkerhed konkludere, om de sammenhænge, man finder for depression, kan generaliseres til de øvrige mentale helbredsproblemer.

Selvrapportering eller ekstern vurdering af risikofaktorer

Det er ofte nævnt som en begrænsning, at risikofaktorerne i studierne bliver målt ved at spørge deltagerne i studierne om deres opfattelse af arbejdsmil-

jøforhold, som antages at påvirke deres mentale helbred. Enkelte studier har derfor anvendt ekstern vurdering af risikofaktorerne. Fx har man i en amerikansk undersøgelse (DeSanto et al. 2010) vurderet jobkrav og jobkontrol. Her viste der sig – som forventet – at være sammenhæng mellem høje krav og depression, mens der imod forventning også var sammenhæng mellem høj jobkontrol og depression. Den højeste risiko fandtes for gruppen med høje krav og middelhøj jobkontrol. I en anden svensk undersøgelse fandt man – også ved ekstern vurdering – at mangel på social støtte var en risikofaktor for senere depression (Waldenstrom et al. 2008).

Bredden af dimensioner af risikofaktorer

En begrænsning ved mange studier er, at der ikke bliver skelnet tilstrækkeligt mellem forskellige aspekter eller dimensioner af en række brede begreber. Fx er det udbredt, at der i forbindelse med begrebet jobkontrol ikke bliver skelnet mellem indflydelse og udviklingsmuligheder, selvom det kunne være en mulighed, at disse to dimensioner har forskellig sammenhæng med mentale helbredsproblemer. Et eksempel herpå er et finsk studie (Joensuu et al. 2009), hvor høj og middelhøj grad af indflydelse mod forventning er forbundet med højere risiko for hospitalsindlæggelse med depression i de efterfølgende 15 år, mens både middel og store udviklingsmuligheder er forbundet med mindre risiko.

Længden af eksponering og opfølgningsperiode

Som den sidste begrænsning skal det nævnes, at de fleste studier kun foretager en øjebliksmåling af eksponering for arbejdsmiljøfaktorer som mulige risikofaktorer og for det meste har en ret kort opfølgningsperiode. Det begrænser muligheden for at analysere, hvilken betydning varigheden af en given eksponering har, idet kun få raske personer ved baseline når at udvikle psykiske lidelser i en kort opfølgningsperiode. Omvendt er der det problem ved en lang opfølgningsperiode, at eksponeringen kan nå at ændre sig for en del af deltagerne, hvilket kan medvirke til at "kamouflere" den reelle association.

Mulighed for omvendt sammenhæng

I studierne af sammenhængen mellem arbejdsmiljøfaktorer og mentale helbredsproblemer er de fleste forskere gået ud fra, at man kunne tolke de fundne sammenhænge som kausale på den måde, at det er udsættelsen, der er årsag

til det mentale helbredsproblem. Der kan imidlertid være mange grunde til at antage, at sammenhængen er gensidig, således at mentale helbredsproblemer tillige virker tilbage på arbejdsmiljøet, ved: (1) at der foregår selektion, således at personer, der har eller tidligere har haft mentale helbredsproblemer, har begrænsede muligheder for at få et arbejde med et godt arbejdsmiljø, (2) at personer med mentale helbredsproblemer kan være tilbøjelige til at opleve et dårligere arbejdsmiljø end andre, og (3) at personer med mentale helbredsproblemer selv kan medvirke til at skabe interpersonelle konflikter på arbejdspladsen, der yderligere kan medvirke til, at de mentale helbredsproblemer bliver opretholdt eller forværrede.

Enkelte studier har som tidligere nævnt studeret betydningen af tidligere helbredsproblemer samt foretaget studier med ekstern vurdering af arbejdsmiljøpåvirkninger, hvor man er nået frem til, at man ikke kan forklare den prospektive sammenhæng mellem arbejdsmiljø og mentale helbredsproblemer alene med tidligere mentale helbredsproblemer eller med påvirkningen via den negative vurdering af arbejdsmiljøet. Det tredje aspekt, at personer med mentale helbredsproblemer kan medvirke til, at der skabes dårligere arbejdsmiljø og højere forekomst af stressproblemer, er mærkværdigvis sjældent blevet undersøgt. Ud fra teorien om stressgeneration (omtalt i indledningen) kan man forvente, at det finder sted, men studierne heraf er kun foretaget i familiesammenhænge og interpersonelle relationer uden for arbejdet.

Referencer

- Appelberg K, Romanov K, Heikkilä K, Honkasalo ML & Koskenvuo M. Interpersonal conflict as a predictor of work disability: a follow-up study of 15,348 Finnish employees. *J.Psychosom.Res.* 1996;40(2):157-167.
- Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup.Environ.Med.* 2008;65(7):438-445.
- Cheng GHL & Chan DKS. Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review. *Applied Psychology-An International Review-Psychologie Appliquee-Revue Internationale* 2008;57(2):272-303.
- De Dreu CKW & Beersma B. Conflict in organizations: Beyond effectiveness and performance. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2005;14(2):105-117.
- De Raeye L, Jansen NW, Van den Brandt PA, Vasse R & Kant IJ. Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occup.Environ.Med.* 2009;66(1):16-22.
- DeSanto IJ, Cullen MR, Cantley L, Slade MD, Fiellin M & Kasl SV. Effects of externally rated job demand and control on depression diagnosis claims in an industrial cohort. *American Journal of Epidemiology* 2010;171(3):303-311.
- Dofradottir A & Høgh A. Mobning på arbejdspladsen En kritisk gennemgang af dansk og international forskningslitteratur. København, Arbejdsmiljøinstituttet 2002.
- Einarsen S. Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior* 2000;5(4):379-401.
- Hinshaw SP & Stier A. Stigma as related to mental disorders. *Annu.Rev.Clin. Psychol.* 2008;4:367-393.
- Hogh A, Henriksson ME & Burr H. A 5-year follow-up study of aggression at work and psychological health. *Int.J.Behav.Med.* 2005;12(4):256-265.
- Joensuu M, Vaananen A, Koskinen A, Kivimäki M, Virtanen M & Vahtera J. Psychosocial work environment and hospital admissions due to mental disorders: A 15-year prospective study of industrial employees. *J.Affect. Disord.* 2009.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartiainen M, Elovainio M, Vahtera J & Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60(10):779-783.
- Knudsen P, Hansen EH & Morgall JM. Fra ilden til asken med antidepressiv medicin. *Lægemedelforskning* 2000:34-35.
- Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J & Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects--a systematic review and a meta-analysis. *J.Occup.Environ. Med.* 2008;50(8):904-915.

- LaMontagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A & Wolfe R. Job strain - attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC.Public Health* 2008;8:181.
- Leymann H. Vuxenmobbing på svenska arbetsplatser. En rikstäckande undersökning med 2428 intervjuer (Delrapport 1). Stockholm, Arbetarskyddsstyrelsen 1992.
- Mak WW, Poon CY, Pun LY & Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc.Sci.Med.* 2007;65(2):245-261.
- Netterstrom B & Conrad N. The relationship between work-related stressors and the development of mental disorders other than post-traumatic stress disorder A reference document on behalf of the Danish Work Environment Research Fund. Clinic of Occupational Medicine, Hillerød Hospital, Denmark 2007.
- Netterstrom B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R & Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol.Rev.* 2008;30:118-132.
- Ortega A, Hogh A, Pejtersen JH & Olsen O. Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. *Int.Arch.Occup.Environ.Health* 2009;82(3):417-426.
- Plaisier I, de Bruijn JG, de Graaf R, Ten Have M, Beekman AT & Penninx BW. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc. Sci.Med.* 2007;64(2):401-410.
- Romanov K, Appelberg K, Honkasalo ML & Koskenvuo M. Recent interpersonal conflict at work and psychiatric morbidity: A prospective study of 15,530 employees aged 24-64. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40(2):169-176.
- Sanderson K & Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can.J.Psychiatry* 2006;51(2):63-75.
- Schomerus G & Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiol.Psichiater.Soc.* 2008;17(1):31-37.
- Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci.* 2008;258 Suppl 5:115-119.
- Stansfeld S & Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand.J.Work Environ.Health* 2006;32(6):443-462.
- Stansfield SA, Blackmore ER, Zagorski BM, Munce S, Stewart DE & Weller I. Work characteristics and social phobia in a nationally representative employed sample. *Can.J.Psychiatry* 2008;53(6):371-376.

- Sverke M, Hellgren J & Naswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J.Occup.Health Psychol.* 2002;7(3):242-264.
- Tsutsumi A & Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med* 2004;59(11):2335-2359.
- Vartia MA. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand.J.Work Environ. Health* 2001;27(1):63-69.
- Waddell G & Burton K. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* TSO (The Stationery Office) 2006.
- Waldenstrom K, Ahlberg G, Bergman P, Forsell Y, Stoetzer U, Waldenstrom M & Lundberg I. Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occupational and Environmental Medicine* 2008;65(2):90-97.

Kapitel 4

Forebyggelse af mentale helbredsproblemer

Indhold

Indledning	219
4.1. Forebyggende interventioner i arbejdspladsregi	223
Konklusion vedrørende evidens for effekt af interventioner for forebyggelse af mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen.....	224
Evidensgrundlag for stress management-interventioner	225
Evidensgrundlag for sundhedsfremme på arbejdspladser	231
Evidensgrundlag: Arbejdsrelaterede interventioner	234
Opsummering og diskussion	235
4.2. Forebyggende interventioner i relation til individet	239
Konklusion vedrørende evidens for forebyggelse af depression og af PTSD.....	240
Evidensgrundlag for konklusioner om forebyggelse af depression.....	241
Evidensgrundlag: Forebyggelse af posttraumatisk stress-syndrom (PTSD)	241
Opsummering og diskussion	246
Referencer	250

Indledning

I kommissoriet for hvidbogen er der udtrykt ønske om, at der bliver foretaget en udredning af den eksisterende viden om faktorer, der betinger, at personer med psykiske helbredsproblemer sygemeldes / forbliver på arbejdet – og i forlængelse heraf, at der bliver givet anbefalinger til forebyggende eller behandlende tiltag, der må forventes at være mest effektive med henblik på arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde efter længerevarende sygefravær. Det kunne i den forbindelse være relevant at se på både behandling og forebyggelse af mentale helbredsproblemer.

Der vil af flere grunde ikke blive foretaget en gennemgang af interventioner, der er rettet mod behandling af mentale helbredsproblemer. Først og fremmest fordi litteraturen om behandling af mentale helbredsproblemer for det meste handler om interventioner, der er foretaget i regi af sundhedsvæsenet. Derudover er evidensgrundlaget for behandling af de fleste psykiske lidelser systematisk gennemgået og udgivet i form af "guidelines". Eksempelvis NICE-guidelines udgivet i England (NICE 2003) eller Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer. Her gives anbefalinger om effektive behandlinger af almindelige mentale helbredsproblemer og forskellige psykiske lidelser. Der gives også anbefalinger til forebyggelse af tilbagefald efter symptomlættelse og retningslinjer ved tilbagefald. Anbefalingerne går primært på behandling, herunder muligheden for at kombinere psykologisk med medicinsk behandling.

I forhold til forebyggelse af mentale helbredsproblemer er der imidlertid ikke nogen internationalt gældende retningslinjer for interventioner. Det vil derfor være nødvendigt at foretage en systematisk gennemgang af litteraturen for at kunne udrede, hvorvidt der er interventioner, der kan reducere mentale helbredsproblemer. Resultaterne af denne gennemgang har således vigtige implikationer for hvidbogen, da forebyggelse af mentale helbredsproblemer må formodes at kunne reducere sygefravær og arbejdsfastholdelse. Formålet med dette kapitel er derfor at gennemgå den foreliggende viden om interventioner, der kan forebygge mentale helbredsproblemer. På baggrund af en gennemgang af evidensgrundlaget vil der blive skabt et overblik over den eksisterende viden på området og på baggrund heraf givet anbefalinger til forebyggende tiltag.

Forebyggelse af mentale helbredsproblemer forstås som interventioner, der har til formål at undgå eller reducere risikoen for helbredsproblemer, før de opstår. Tidligere har man skelnet mellem primær og sekundær forebyggelse, hvor primær forebyggelse betegner interventioner, der foretages, før en syg-

dom eller lidelse opstår, og hvor sekundær forebyggelse betegner interventioner, der praktiseres, efter at lidelsen er erkendt, men før den har forårsaget konsekvenser, med det formål at forebygge yderligere forværring. Senere har man tilføjet begrebet tertiær forebyggelse, som nærmest er lig med behandling (Gordon, Jr. 1983).

Denne tidligere inddeling har nogle ulemper. For det første er man afhængig af at kunne identificere lidelsens opståen. Dette kan være vanskeligt med fx psykiske lidelser. Begynder en lidelse med de første symptomer, eller opstår lidelsen først, når de diagnostiske kriterier er opfyldt? Opståen af psykiske lidelser er ofte diffus og gradvis, så det er vanskeligt at identificere en tydelig begyndelse. For det andet kan opdeling i primær, sekundær og tertiær forebyggelse antyde, at der findes en prioritering af, hvad der foretrækkes mest. Denne inddeling af forebyggelse er ved at blive erstattet af en alternativ klassifikation (Gordon, Jr. 1983), hvor der skelnes mellem tre typer for forebyggelse (Cuijpers 2003): Universel forebyggelse, selektiv forebyggelse, og indikeret forebyggelse på basis af den befolkningsgruppe, der anbefales at deltage heri.

I *universel forebyggelse* rettes interventionen mod alle medlemmerne af en "population", fx alle på en arbejdsplads. Ved universelle interventioner vil man have mulighed for at påvirke de risikofaktorer, der antages at have betydning for udvikling af nye tilfælde af mentale helbredsproblemer, såsom fx forskellige stressfaktorer. Et eksempel på en sådan intervention kunne være kampanjer, der oplyser om stress og tiltag, der kan reducere stress i hverdagen, såsom pauser og træning i mestringsfærdigheder osv. Ved sjældne helbredsproblemer kan der dog være flere ulemper ved denne form for forebyggelse. Metodemæssigt vil det kræve en stor forsøgsgruppe, da det ellers kan være svært at påvise en effekt af interventionen, idet forekomsten af nye tilfælde vil være sjælden. Derfor vil studier, der omfatter universel forebyggelse primært omhandle hyppigt forekommende mentale helbredsproblemer og lidelser (fx belastningsreaktioner, depression, angst), eller symptomer, såsom fx depressions- og stress-symptomer.

I *selektiv forebyggelse* rettes interventionen mod de personer, der har en eller flere formodede risikofaktorer for udviklingen af mentale helbredsproblemer. TTA-interventioner kan opfattes som en slags selektiv forebyggelse, idet man antager, at risikofaktorer for udvikling af nye tilfælde er hyppigere i en gruppe med langtidssygefravær end i hele befolkningen. I sådanne undersøgelser kræves der så, at man måler de risikofaktorer, der antages at være risikofaktorer for udvikling af mentale helbredsproblemer.

I *indikeret forebyggelse* rettes interventionen mod personer, der har en høj risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer. De har enten symptomer, der kan tyde på, at de kan udvikle mere alvorlige problemer, eller har tidligere haft helbredsproblemer, der giver risiko for at udvikle problemer, der senere vil manifestere sig som en psykisk lidelse. Sigtet med interventionen er her at forebygge tilbagefald og gentagelse af sygdomsepisoder og på længere sigt at forebygge udvikling af kroniske lidelser.

Ud over at skelne mellem forskellige typer af forebyggelse vil kapitlet tage udgangspunkt i tre forskningsspørgsmål:

- Er interventioner til forebyggelse af mentale helbredsproblemer effektive, og hvor store er sådanne effekter?
- Hvilke betingelser og faktorer kan påvirke effektiviteten?
- Er der forskel på effekterne under forskellige betingelser?

Det første forskningsspørgsmål i kapitlet er, om interventioner til forebyggelse af mentale helbredsproblemer er effektive, og hvor store sådanne effekter er. Vi vil altså foretage en sammenfatning af, hvad systematiske reviews siger om effekterne.

Det andet forskningsspørgsmål er at undersøge betingelser og faktorer, der påvirker effektiviteten. Det er vigtigt at finde ud af, under hvilke betingelser interventioner er effektive, og om der er forskel i effekter under forskellige betingelser.

Der er en række faktorer, der teoretisk set kan påvirke effekten af interventionerne. For det første kan effekten være afhængig af, hvilken population deltagerne kommer fra. Man kunne forestille sig, at effekten er forskellig alt efter, hvorledes målgruppen er udvalgt. Er der fx forskel mellem effekterne for universel (deltagere uden forøget risiko), selekteret (grupper med forøget risiko) og indikeret prævention (grupper med markant forøget risiko på grund af helbredssymptomer, der (endnu) ikke opfylder diagnosekriterier, fx subthresholddepression)? Er der fx forskel i effekterne for forskellige erhvervsgrupper, aldersgrupper og de to køn?

For det andet kan der være forskelle i effekterne afhængigt af interventionens indhold, varighed og intensitet, om der interverneres på individ- eller gruppeniveau, og afhængigt af hvem der giver interventionen, fx erfarne eller mindre erfarne interventionssupervisorer.

For det tredje kan effekten være afhængig af, hvilke egenskaber der søges påvirket, fx hvilke personlige færdigheder der søges påvirket, eller hvilke arbejdsmiljøfaktorer der søges ændret, og hvilke udfald man måler effekten på.

For det fjerde kan resultaterne i interventionsstudierne være forskellige alt efter, hvilke design og metoder der anvendes i studierne. Da mange af de primære studier har metodemæssige mangler, kan det være vigtigt at undersøge, om resultaterne af de metodemæssigt bedste studier har lige så store effekter som studier med en lavere metodemæssig kvalitet.

Kapitlet er delt i to. I første del gennemgås evidensgrundlaget for forebyggende interventioner foretaget i arbejdspladsregi. I anden del beskrives og diskuteres forebyggende, individrettede interventioner foretaget i andre sammenhænge end arbejdspladsen.

4.1. Forebyggende interventioner i arbejdspladsregi

Den såkaldte Stress Management Intervention tager udgangspunkt i kognitive adfærdsterapeutiske principper: Meichenbaum (Meichenbaum & Novaco 1985; Meichenbaum 1993) har udviklet et stresshåndteringsprogram "Stress inoculation training" (SIT) ud fra kognitive adfærdsterapeutiske principper. Interventionen indeholder både fysiske og psykiske måder at håndtere stress på og tager udgangspunkt i tre principper:

1. Psykoedukation, som er undervisning i psykiske lidelser og/eller psykiske reaktioner på forskellige kriser. Formålet er at give personen en viden, der gør det muligt at forebygge tilbagefald, reducere alvorlige konsekvenser og generelt gør det lettere at få en hverdag til at hænge sammen. Undervisningen omfatter som regel grundige informationer om den situation, som personen befinder sig i: "Hvordan forklarer jeg min situation og sygdom for andre?" "Hvordan tager jeg min medicin?" "Hvordan kan jeg tidligt opdage, hvis jeg begynder at få det dårligt igen?" "Hvordan løser jeg de problemer, som min situation kan medføre?"
2. Tilegnelse af mestringsfærdigheder, hvor udvikling og øvelse af problemløsende strategier for stress er i fokus.
3. Overførsel af de nye mestringsfærdigheder til arbejds- og privatlivet.

I denne første del af kapitlet undersøger vi, om der er effekt af forebyggende interventioner i arbejdspladsregi. Også i denne forbindelse kan forebyggelse være universel, selektiv eller indikeret. Her benyttes gerne metoder som oplysning, rådgivning, livsstilsintervention og ændringer af arbejdsopgaver og arbejdsorganisation. De fleste interventioner er flerstrengede og omfatter både psykologiske og fysiske interventioner. Den mest anvendte i forskningsregi er stress managementintervention (SMI), da den ofte foretages ud fra nogle retningslinjer, hvilket gør det mere gennemskueligt, hvad interventionen indebærer.

For at kunne give et overblik over litteraturen ud fra en gennemgang af evidensgrundlaget er der kun inkluderet systematiske reviews og metaanalyser om forebyggelse af udvikling af mentale helbredsproblemer. De primære udfald i studierne er undgåelse og/eller reduktion af mentale helbredsproblemer. Kun meget få af de interventioner, der er foretaget i arbejdsmæssig regi, anvender psykiske diagnoser som udfald. Derimod er udfald i arbejdsmæssig regi ofte refereret i form af stressrelaterede symptomer. Stressrelaterede symptomer betragtes som relevante i denne sammenhæng, da disse symptomer formodentlig har en sammenhæng med udvikling af mentale helbreds-

problemer, der kan diagnosticeres. Ud fra en systematisk gennemgang af litteraturen vil kapitlet sammenfatte, hvorvidt der er evidens for interventioner, der forebygger mentale helbredsproblemer.

Der er identificeret og udvalgt i alt 16 systematiske reviews foretaget i perioden 1996-2009 af interventioner til forebyggelse af mentale helbredsproblemer foretaget i arbejdspladssammenhæng. Disse reviews er her opdelt i tre grupper efter type af intervention. Den første omfatter stress managementintervention, den anden sundhedsfremmeintervention, mens den tredje omfatter arbejdsrettet og organisatorisk intervention. Nogle af reviewene indeholder dog flere typer af interventioner. I disse tilfælde er reviewet placeret i den gruppe af interventioner, hvor der er flest studier repræsenteret.

Konklusion vedrørende evidens for effekt af interventioner for forebyggelse af mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen

Stress management

Der er stærk evidens for, at stress managementintervention foretaget på arbejdspladser kan forbedre det mentale velbefindende. Dette vil antageligt kunne forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer. Der er dog ikke egentlig evidens herfor, idet ingen af interventionsstudierne indeholder målinger af udfald, der kan vurderes i forhold til de diagnosesystemer, der anvendes (ICD-10 og DSM-IV).

Den mest effektive metode til forbedring af mentalt velbefindende er metoder, der tager udgangspunkt i kognitive adfærdsterapeutiske principper, der retter sig mod at forbedre deltagernes håndtering af stressreaktioner.

Der er indikation for, at effekten af stress managementintervention er størst for medarbejdere, der har en høj grad af kontrol i deres eget arbejde, og blandt medarbejdere, der har et højt stressniveau før interventionen.

Sundhedsfremme på arbejdspladser

Der er evidens for, at sundhedsfremmeinterventioner på arbejdspladser kan reducere mentale helbredssymptomer og egentlige mentale lidelser i form af

angst og depression. Den samlede effekt må dog betragtes som lille. Da deltagelse i sundhedsfremmeinterventioner er frivillig, og deltagerandelen ofte er begrænset, kan der være tvivl om den samlede effekt på arbejdspladsniveau. Der er indikation for, at effekten er størst ved sammensatte programmer, hvor der indgår forskellige aktiviteter.

Arbejdsrettede interventioner

Der findes for tiden kun indikation for, at mentale helbredsproblemer kan forebygges gennem intervention til forbedring af arbejdsmiljøet. Der er indikation for, at de interventioner, der medfører udvidelse af medarbejderes kontrol over eget arbejde og forbedring af den sociale støtte uden samtidigt at føre til forøgede arbejdskrav, kan medføre en vis forbedring af det mentale helbred.

Evidensgrundlag for stress management-interventioner

Ni af de identificerede systematiske reviews – oplistet i Tabel 3.1 – analyserer effekten af forskellige former for stress managementintervention. Fem af disse omfatter mange forskellige brancher/jobgrupper, mens de sidste fire omfatter deltagerne i nogle få brancher/jobgrupper.

I det tidligste systematiske review inden for området (Saunders et al. 1996) er effekten af stress managementintervention på dels præstationsangst og angsttilstand (state anxiety) undersøgt. Formålet var at undersøge, hvor stor den samlede effekt af stress managementintervention er, og at identificere nogle betingelser, der påvirker effektens størrelse. Overordnet fandt reviewet, at stress managementintervention har en moderat til stor effekt på præstationsangst og en moderat effekt på angsttilstand. Effekten var signifikant både i de interventioner, hvor der var selekteret deltagere med en høj grad af angst, og interventioner, hvor deltagerne havde normale niveauer af angst, men effekten i forhold til præstationsangst var størst for deltagere med et normalt angstniveau. Jo flere sessioner interventionen omfattede, jo større var effekten. Der blev fundet effekt både i laboratorieeksperimenter og i feltforsøg, og der var ikke forskel i størrelsen af effekten. Endvidere var der signifikant effekt både med erfarne og mindre erfarne supervisorere, men effekten var overraskende størst, når interventionen foregik ved mindre erfarne supervisorere.

Reviewet af van der Klink (van der Klink et al. 2001) analyserede 48 eksperimenter, der har undersøgt den generelle effekt af stress managementinterventioner og analyseret, hvilke typer interventioner der er de mest effektive, for hvilke undergrupper der er den største effekt, og om der er andre moderatorvariable, der har sammenhæng med effektens størrelse. Den samlede analyse viste en signifikant effekt på tværs af alle studierne. Denne generelle effekt var dog lille. Af de fire typer, som interventionerne blev opdelt i, havde kognitive interventioner en stor effekt, som var signifikant større end de andre tre typer. Afspændingsintervention havde en lille signifikant effekt, mens multimodale interventioner (bestående af flere typer metoder) havde en effekt, der var moderat til stor. Den fjerde type, organisatoriske interventioner, viste ikke nogen effekt. Der var for hver af de effektive interventioner en høj grad af heterogenitet, hvilket tyder på, at der kan være flere faktorer, fx populationernes sammensætning og interventionernes egenskaber, der kan spille en rolle for effekten.

Analysen af fem forskellige udfald viste, at der på tværs af de individrettede interventioner var moderate effekter for fire ud af fem udfald, nemlig arbejdsmiljøkvalitet, psykiske ressourcer, fysiologiske reaktioner samt angst-, depressions- og andre slags psykiske symptomer. For sygefravær blev der ikke fundet nogen effekt.

Varigheden af interventionerne havde ikke nogen signifikant sammenhæng med effektens størrelse. Dog blev der for de kognitive interventioner fundet, at korterevarende interventioner var mere effektive end længerevarende interventioner.

Endvidere viste det sig, at effekten af interventionerne var størst for medarbejdere, der havde en høj grad af kontrol over eget arbejde.

Formålet med et systematisk review foretaget af LaMontagne (LaMontagne et al. 2007) var at undersøge, hvorledes graden af systemtilgang i en job-stress-intervention påvirkede forskellige effekter af interventionerne. 90 studier af job-stress-intervention foretaget i perioden 1990 til 2001 blev vurderet efter deres grad af systemtilgang. Hvert studie blev tildelt vurderingen høj, moderat eller lav. En vurdering "høj" blev tildelt, hvis studiet både omfattede intervention mod organisations- og arbejdsmiljøfaktorer kombineret med intervention rettet mod reduktion af mentale helbredsproblemer. En vurdering "moderat" blev givet, hvis interventionen kun var rettet mod organisatoriske faktorer, mens vurderingen "lav" blev givet, hvis interventionen udelukkende var rettet mod individuelle faktorer. 30 studier (33 %) anvendte en høj systemtilgang, 17 (19 %) anvendte en moderat systemtilgang, mens 43 (48 %)

anvendte en lav systemtilgang. I den undersøgte periode var der en stigende anvendelse af høj og moderat systemtilgang i job-stress-interventioner.

De individfokuserede interventioner viste sig at være effektive i forhold til individuelle udfald, men ikke effektive i forhold til organisationsudfald. De højt- og moderatvurderede systemtilgange havde ligesom de individfokuserede interventioner effekt på individuelle udfald, men tillige på organisationsudfald.

Det må bemærkes, at reviewet har en række begrænsninger. For det første blev der ikke foretaget en kvantitativ analyse af, hvor effektive interventionerne var. Der blev kun foretaget en opgørelse af, hvor mange studier der viste gavnlige effekter uanset størrelsen af effekterne. Endvidere blev der ikke foretaget nogen kvalitetsvurdering af de enkelte studier, og der blev ikke foretaget analyser af variationen af effekterne. Endelig blev der ikke skelnet mellem forskellige typer af effekter.

Det systematiske review foretaget af Richardson & Rothstein (Richardson & Rothstein 2008) er en opdatering af det tidligere review af van der Klink et al. (van der Klink et al. 2001). Forskningsspørgsmålene er her, hvor godt stress managementinterventioner foretaget i arbejdspladssammenhæng fungerer, hvilke typer interventioner der fungerer bedst og under hvilke betingelser. Til reviewet er der udelukkende udvalgt randomiserede kontrollerede eksperimenter (RCT). Fra van der Klink et al.s review fra 2001 indgår der 19 RCT, og der er identificeret yderligere 19 RCT fra perioden 1997-2006. I alt indgår der evaluering af 55 interventioner. Den samlede analyse viste en gennemsnitlig effekt af interventionerne, der var moderat til stor, hvilket var en noget større effekt end vist i van der Klink et al.s review. Der var stor heterogenitet i effekten i de enkelte studier, hvorfor der blev foretaget en række subgruppeanalyser. Kognitive interventioner havde størst effekt, mens effekten af afspænding var moderat, og effekten af multimodale interventioner var lille. Ved en analyse af de forskellige typer af udfald på tværs af alle interventioner var effekten på stresssymptomer og angstsymptomer stor, mens effekten på det generelle mentale helbred var moderat. Opdeles studier efter branche, fandtes store effekter inden for uddannelsessektoren og kontorhverv, mens effekten inden for fx sundhedssektoren var noget mindre.

Det systematiske review af Richardson og Rothstein viste større effekter inden for alle typer interventioner end det tidligere review af van der Klink et al., men det indbyrdes forhold mellem effekten af de fire typer interventioner var det samme. Resultatet bekræfter således det tidligere review, men udbygger tillige de tidligere fund, idet begrænsningen til kun at inddrage RCTer viste

en større effekt. En begrænsning i dette review er dog, at man ikke var i stand til at inddrage de forskellige niveauer af stress ved baseline, som kunne have påvirket variationen i effekterne af interventionerne.

Et review foretaget af Graveling (Graveling 2008) havde til hensigt at foretage en samlet vurdering af specifikke arbejdspladsinterventioner, der havde til formål at forbedre ansattes mentale velbefindende. Der er tale om et narrativt review, hvor der ikke gøres forsøg på at analysere størrelsen af effekterne. De organisatorisk rettede interventioner viste blandede effekter, mens der var positive resultater for stress managementintervention og intervention til forbedring af social støtte. Reviewet kan ikke tillægges megen vægt, da det generelt har en lav kvalitet. På trods af en omfattende søgestrategi er mange potentielle interventionsstudier ikke identificeret. Der indgår således relativt få studier i reviewet, og der er kun gjort få forsøg på at analysere, om variationen i resultaterne kan tilskrives forskelle i populationernes sammensætning, forskelle i de målte udfald eller andre metodiske forskelle.

Der er fundet tre systematiske reviews af effekten af stress managementinterventioner til forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt medarbejdere i sundhedssektoren. I de to tidlige reviews (Edwards & Burnard 2003; Mimura & Griffiths 2003) blev henholdsvis otte og seks interventionsstudier identificeret og vurderet. Alle var evalueringer af effekten af stress managementteknikker. Der blev konstateret flere metodemæssige mangler i de primære studier. Det første review (Edwards & Burnard 2003) konkluderede, at alle metoderne var effektive, mens det andet review (Mimura & Griffiths 2003) konkluderede, at kun kognitive metoder var effektive. Da disse to reviews har en række metodemæssige begrænsninger, kan konklusionerne ikke tillægges nogen vægt.

I et senere systematisk review (beskrevet i to artikler: (Martin et al. 2008; Ruotsalainen et al. 2008)) indgik 14 RCT, tre cluster-RCT og to cross-over forsøg. Hovedparten af interventionerne var personrettede: kognitiv adfærdskorrektur, afspænding, musikbehandling, terapeutisk massage og multikomponentintervention, mens et mindretal (seks) var arbejdspladsrettede: holdningsændring, kommunikation, støtte fra kolleger og partecipatorisk problemløsning. Der var begrænset evidens for, at personrettede interventioner kan reducere stress (stor effekt), udbrændthed og angstsymptomer. Én af interventionerne viste, at stress forblev på et lavt niveau en måned efter interventionen. En anden intervention viste en op til to år lang reduktion i udbrændthed. Interventionen anvendte "booster sessions" (opfriskningssession foretaget senere) for at forebygge tilbagefald. To studier viste en reduktion i angstsymptomer, der varede i op til to år.

Tabel 4.1. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer ved stress management-interventioner foretaget på arbejdspladser

Review	Periode	Antal studier	Population	Type af forebyggelse	Intervention	Udfald	Resultater	Heterogenitet
Saunders et al. 1996	1977-91	37 studier	Laborat-ex 20 Felt-forsøg 17	Universet Selekteret	12 25	SMI	Stor samlet effekt på præstationsangst. Moderat effekt på angsttilstand	Ikke forskel i effekt på delt med høj angst og med "normal" angst. Større effekt ved flere sessioner. Ikke forskel i effekt i lab- og feltforsøg og med erfaring og mindre erfaring supervisor
van der Klink et al. 2001	1977-96	48 eksperimenter	Arbejdspladsepopulationer, frivilligt til-meldte	Selekteret eller indikeret, med stressrelaterede psykiske symptomer, ikke diagnosticerede mentale forstyrrelser	4 typer SMI Kognitive Afspending Multimodale Organisationsrettede	5 typer udfald: Arbejdsmiljøkvalitet, psykiske ressourcer, fysiologiske reaktioner, angst-depressioner og andre mentale symptomer, fravær	Kognitive stor effekt Afspending moderat effekt. Multimodale moderat til stor effekt. Organisationsrettede inter-venti-oner ikke signifikant effekt	Grundig analyse af heterogenitet mellem interventionstyper, udfald-variable mv. Størst effekt ved høj grad af kontrol. Og ved højt stress-niveau ved baseline
Edwards & Burnard 2003	1966-2000	8 studier	Sygeplejersker i psykiatrien	Om SMI er effektiv til at forebygge stress-symptomer	Forskellige SMI: afspen-ding, workshops med træning af terapeutiske færdigheder	Stress-symptomer	Alle metoderne var effektive	Ingen analyse, lav kvalitet
Mimura & Griffiths 2003	1990	6 studier	Sygeplejersker	Om miljø- eller personfokuseret intervention er mest effektiv til at forebygge stress	Forskellige interventions-metoder: rådgivning, af-spending, fysisk aktivitet, kognitive metoder, ud-dannelse og soc st	Forskellige udfald	Svag evidens for, at kognitive metoder er effektive, øvrige metoder ikke evi-dens for effekt	Ingen analyse, lav kvalitet
LaMontagne et al. 2007	1990-2005	90 studier	Arbejdspladsepopulationer	Alle typer, der skelnes ikke i analysen	Grad af systemtilgang høj (kombineret arbejds- og individrettet inter-venti-on 30 mellem 17 lav (kun individrettet intervention) 43	Flere forskellige ikke specifik MH	Komb. og mellempositiv org-effekt i og 84% positiv individuel effekt. Ind-Int: positiv individ-effekt 85 % ingen med org-effekt	Heterogenitet ikke analyseret

Review	Periode	Antal studier	Population	Type af forebyggelse	Intervention	Udfald	Resultater	Heterogenitet	
Ruotsalainen et al. 2008	1987-2005	19 studier	Sundhedsarbejdspladser		Personrettede Person-arbejdsrettet Organisatoriske	13 1 5	Stress, udbrændthed, angst generelle symptomer		
Richardson & Rothstein 2008	1977-2006	36 studier med 55 interventioner	Mange forskellige arbejdspladser	Selekteret eller indikeret, med stressrelaterede psykiske symptomer, ikke diagnosticerede mentale forstyrrelser	4 typer SMI Kognitive Afspænding Multimodale Organisationsrettede	5 typer udfald: Arbejdsmiljøvalitet, psykiske ressourcer, fysiologiske reaktioner, angst-depressioner og andre mentale symptomer, fravær	Stor generel effekt på stress- og angstsymptomer. Moderat effekt på generelt mentalt helbred.	Kognitive interventioner havde størst effekt. Effekten af afspænding var moderat, og effekten af multimodale interventioner var lille. Store effekter inden for uddannelsessektoren og kontor-erhverv, noget mindre effekt inden for sundhedssektoren	
Graveling 2008		66 studier			Org-int Træning af ledere Soc st SMI Rådgivning Motion & afspænding HP	11 4 2 8 4 1	Mentalt velbefindende, flere forskellige målemetoder	Org-int: 5 af 11 har positiv effekt. Træning af ledere ikke effekt. Soc st: positiv effekt. SMI: positiv effekt. Rådgivning: positiv effekt. Motion & afspænding blandet effekt. HP positiv effekt	
Penalba et al. 2008		10 RCT og quasi-eks	Politi-medarbejdere	Universel og selekteret forebyggelse af psykiske symptomer	Fysisk aktivitet Psykologiske	3 7	Psykiske symptomer: angst, depressive symptomer, PTSD, søvn	Reduktion af depressive symptomer	Ikke muligt at foretage analyser

Forkortelser: eksp=eksperimentelle studier HP= sundhedsfremme intervention, Laborat=ex=laboratorium-forsøg, MH=mental helbred, org-int=organisations-intervention, quasi-eskp=quasi-eksperimentelle studier, quasi-exp=quasi-eksperimentelle studier, RCT= randomiserede kontrollerede eksperimenter, SMI stress management intervention, soc st=intervention til forbedring af social støtte.

Der var kun indikation for, at arbejdspladsrettede interventioner kan reducere stresssymptomer (lille til moderat effekt); udbændthed og generelle symptomer. Et af studierne viste, at forskelle i stressniveauet blev ikke-signifikante efter seks måneder. Dette review har en høj kvalitet, hvorfor konklusionerne fra det kan tillægges stor vægt.

I et andet systematisk review fra 2008 (Penalba et al. 2008) er der foretaget analyser af effekten af præventive interventioner for politimedarbejdere. Der indgår 10 studier, men der er kun tilgængelige data om effekterne fra fem af disse. Derfor har det ikke været muligt at foretage metaanalyser. Der er i ingen af interventionerne foretaget inklusion og eksklusion af deltagere ud fra psykisk diagnosticering. Der blev fundet signifikant reduktion af depressive symptomer i de to interventioner – én universel og én selektiv – der havde depressive symptomer som udfald. Reviewet har en høj kvalitet, men der er på grund af det meget begrænsede antal studier kun indikation for en effekt af præventiv intervention.

Evidensgrundlag for sundhedsfremme på arbejdspladser

Tre af de identificerede systematiske reviews – oplistet i Tabel 3.2 – indeholder resultater om effekter af forskellige sundhedsfremmeinterventioner foretaget på arbejdspladser. I de seneste tre årtier er der sket en eksplosiv vækst i antallet af arbejdspladser, der har iværksat og sponsoreret sundhedsfremmeinterventioner. Sådanne interventioner kan omfatte et bredt spektrum af tilbud: sundhedsoplysning, livsstilsinterventioner, fysisk træning, stress management osv. Sundhedsfremmeinterventioner har som formuleret eller implicit formål at forbedre medarbejderes fysiske og mentale helbred og derved medvirke til at reducere sygefravær. Desuden kan sundhedsfremme ofte være et personalegode, som kan medvirke til, at arbejdspladsen bliver mere attraktiv for både nuværende og kommende medarbejdere.

I et systematisk review foretaget af Kuoppala (Kuoppala et al. 2008) var der inkluderet 46 studier af sundhedsfremme på arbejdspladsen. Generelt viste interventionerne sig at have en gavnlig effekt på sygefraværet og medarbejdernes mentale velbefindende. Af de forskellige aktiviteter havde fysisk aktivitet en positiv effekt på sygefravær og mentalt velbefindende, mens oplysning og psykologiske metoder ikke havde signifikante effekter. Forskellen fra nogle af de andre systematiske reviews kan skyldes, at der er forskelle i, hvilke primærstudier der indgår. I dette review indgår der således kun seks

Tabel 4.2. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer ved sundhedsfremme-interventioner foretaget på arbejdspladser

Review	Periode	Antal studier	Population	Type af forebyggelse	Intervention	Udfald	Resultater	Heterogenitet
Kuoppala et al. 2008	1970-2005	22 interventionsstudier	Arbejdspladser	Universel forebyggelse	Sundhedsfremme-intervention og komponenter heri	Sygefravær, arbejds- evne, mentalt vel- findende og tidligt ophør	Sundhedsfremme på arbejdspladsen frem- mer velbefindende og arbejdsevne og bidrager til at reducere sygefra- vær	Fysisk aktivitet, livsstilsintervention og ergonomi er effektive, mens oplysning og psyko- logiske metoder ikke synes at være effektive
Parks & Steelman 2008	1980-2005	17 store organisations- interventioner og kontrollerede studier	Store arbejds- organisationer	Om deltagelse i sundhedsfremme forbedrer job- tilfredshed og reducerer sygefra- vær	Sundhedsfremme- intervention	Jobtilfredshed. Sygefravær	Signifikant større til- fredshed og mindre sygefravær blandt deltagere sammenlignet med ikke-deltagere. Kun fitness NS. Sammensatte pro- grammer moderat til stor effekt (nær signif.)	Der er foretaget flere subgruppe-analyser. Størst effekt ved studier med høj kvalitet (NS)
Martin et al. 2008	1997-2002	22, 17 ind- går i meta- analyse	Forskellige typer arbejds- pladser	Universel Selekteret. Indikeret. Direkte påvirkning af MH. Indirekte påvirk- ning og risikofak- torer	3 Arbejdsplads- 9 interventioner: livsstilsin- 5 tervention. SMI. 9 Problemløsning. Helbredsrådgivning. Arbejdsmiljøændringer	Depressions- el. angstsymptomer	Samlet lille effekt på depression og angst, ikke effekt på samlet MH-mål	Lav til moderat heterogenitet

studier af effekten af psykologiske interventioner sammenlignet med de 55 interventioner, der indgår i Richardson & Rothstein fra 2008. Endvidere er der ikke i denne metaanalyse foretaget analyser af andre potentielle modererende faktorer, der kunne forklare den store heterogenitet i effekterne af de forskellige aktiviteter.

Formålet med et review foretaget af Parks & Steelman (Parks & Steelman 2008) var at undersøge, om der var sammenhæng mellem fravær og jobtilfredshed og deltagelse i et sundhedsfremmeprogram. Resultatet af metaanalysen af 17 studier i større virksomheder viste, at deltagere i programmerne havde lavere sygefravær og højere jobtilfredshed sammenlignet med medarbejdere, der ikke deltog. Effekten ($d = 0,30$) må efter Cohens "tommelfingerregel" (Cohen 1992) betragtes som moderat. Sammensatte programmer med flere komponenter var tendentielt mere effektive end programmer, der kun omfattede fitness alene. Endvidere var der en insignifikant tendens til, at studier med høj metodekvalitet viste en lidt højere effektivitet i forhold til udfald. Det kan dog ikke udelukkes, at noget af effekten kan tilskrives, at deltagerne før interventionen havde et bedre helbred end ikke-deltagere (selektionseffekt).

I et senere review foretaget af Martin (Martin et al. 2008) var det formålet at analysere, hvorvidt forskellige sundhedsfremmeinterventioner på arbejdspladser kan reducere angstsymptomer og depressive symptomer. Samlet set havde interventionerne en lille, men signifikant effekt på angst- og depressive symptomer. Der fandtes kun en mindre grad af heterogenitet mellem de enkelte studiers effektivitet, og der var lav til moderat indikation for publikationsbias. Ved en subgruppeanalyse blev der ikke fundet nogen forskelle mellem effekten i de interventioner, hvor der var en indirekte fokus på de risikofaktorer, der antages at have relation til mentale helbredsproblemer, og de interventioner, der havde direkte fokus på mentalt helbred. Endvidere viste opfølgingsundersøgelser i ni af de 17 studier, at de umiddelbart opnåede resultater lige efter interventionens afslutning med reduktion i angst- og depressive symptomer, også blev bevaret i tiden efter interventionerne. Den metodemæssige kvalitet af denne metaanalyse var høj.

I et review foretaget af Murta (Murta et al. 2007) blev der foretaget en systematisk analyse af, om stress managementinterventioner på arbejdspladser indbefatter procesevaluering. Af de 84 studier indeholdt kun godt halvdelen af studierne mindst én af en række betydningsfulde informationer om procesrelevante faktorer: interventionens kontekst, rekrutteringsmetode af deltagere, omfang i forhold til potentielle deltagere, hvor mange enkeltkomponenter af intervention deltagere modtog, acceptgrad, implementeringsgrad og deltagernes opfattelse af interventionen. De hyppigste variable var rekrutterings-

metode (som var indeholdt i 30 % af studierne), og hvor meget deltagerne modtog (22 %). Mindre end halvdelen af studierne indeholdt analyser af den eventuelle sammenhæng mellem procesvariable og effekterne. Det betyder, at det er vanskeligt at identificere faktorer, der påvirker en effektiv implementering af interventioner og derigennem interventionernes resultater.

Evidensgrundlag: Arbejdsrelaterede interventioner

I de foregående afsnit fremgik det, at der ikke var evidens for effekt af arbejdsrettet eller organisatorisk intervention. I det følgende afsnit behandles nogle reviews, der specifikt omhandler disse interventioner.

Ud fra viden om sammenhænge mellem arbejdsmiljøfaktorer og mentale helbredsproblemer har der i de seneste 10-20 år været idéer om, at man kunne forebygge mentale helbredsproblemer ved at foretage ændringer i arbejdsmiljøet og i arbejdspladsens organisation. Disse initiativer har først og fremmest været påvirket af jobstrain-modellen, oprindeligt udformet af Karasek (Karasek et al. 1981). Derfor har mange af de interventioner, der er foretaget, rettet sig mod at udvide medarbejderes kontrol i arbejdet og reducere arbejdskravene.

I de studier, der indgår i de gennemgåede reviews (oplistet i Tabel 3.3), synes der at være store implementeringsproblemer med at iværksætte de intendede ændringer, og ydermere har de fleste af interventionsstudierne yderst begrænsede informationer om implementeringen af interventionerne. Derfor bliver konklusionerne om effekter af interventionerne usikre.

Kun et fåtal af reviewene koncentrerer sig om, hvorvidt interventioner, hvor der foretages ændringer i arbejdsmiljøet, bidrager til forbedringer af det mentale helbred. To reviews af hhv. Bambra et al. og Egan et al. (Bambra et al. 2007; Egan et al. 2007) sammenfatter resultaterne fra i alt 37 studier fra perioden 1981-2006, som undersøgte, hvorvidt interventioner med ændringer i henholdsvis arbejdets organisering og forøgelse af medarbejdernes deltagelse og indflydelse i arbejdet medførte forbedringer i det mentale helbred. Ingen af interventionerne er randomiserede, kontrollerede forsøg, men hovedparten havde kontrolgrupper til at sammenligne ændringerne i interventionsgrupperne med. Resultaterne var blandede, men der var tendenser til, at de interventioner, der indebar forøget indflydelse og formindskede krav også medførte forbedringer, mens de studier, hvor interventionerne viste formind-

sket indflydelse og forøgede krav, viste forværringer af det mentale helbred. Der er ikke foretaget nogen kvantitativ metaanalyse, da interventionerne og de målte udfald var meget forskellige. Derfor er der begrænsede muligheder for at drage konklusioner om, hvor store effekter på det mentale helbred interventioner med hensigt at forbedre det psykiske arbejdsmiljø bidrager med. Endvidere har studierne den begrænsning, at der er generel usikkerhed om, hvor godt interventionerne er implementeret.

Et senere review af Egan et al. (Egan et al. 2009) har foretaget en analyse af, hvilke informationer om implementeringsgraden af interventionerne de primære studier indeholder. Det viser sig, at sådanne oplysninger ofte er yderst sparsomme, hvilket gør konklusioner om interventionernes effektivitet usikre.

De gennemgåede reviews er metodemæssigt gode. På trods heraf bliver konklusionen, at der kun er indikation for, at arbejdsmiljøforbedringer kan bidrage til forbedring af det mentale helbred og forebygge udvikling af mentale helbredsproblemer. Der er følgelig et stort behov for velgennemførte studier med et godt design og med validerede målemetoder af mentale helbredsproblemer af klart beskrevne interventioner, der implementeres efter intentionerne.

Opsummering og diskussion

Stress managementintervention

Der er stærk evidens for, at stress managementintervention har effekt på mentale helbredsproblemer. Men en begrænsning ved de enkelte studier er, at der anvendes mange forskellige målemetoder af udfald og sjældent metoder, der måler mentale helbredsproblemer, som de er defineret i diagnosesystemerne. Yderligere er der kun i meget begrænset omfang foretaget analyser af, om og hvorledes effekterne er afhængige af udgangsniveauet for deltagerne. Der er således ikke klarhed over, hvorvidt stress managementintervention kan anvendes effektivt i alle de tre grundlæggende former for forebyggelse af opståen af psykiske lidelser.

Sundhedsfremmeintervention

Der er moderat evidens for, at sundhedsfremmeintervention på arbejdspladsen kan have effekt i form af reduktion af mentale helbredsproblemer, men at denne effekt må betragtes som lille. Medarbejdere, der deltager i sundheds-

Tabel 4.3. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer ved organisatoriske interventioner foretaget på arbejdspladser

Review	Periode	Antal studier	Population	Type af forebyggelse	Intervention	Udfald	Resultater	Heterogenitet
Bambra et al. 2007	1981-2006	19 eksperimenter og 12 quasi-eksperimenter	Arbejdspladser	Om ændringer af arbejdsorganisering kan forbedre helbred	Udvidelse af opgaver. Teamorganisering. Autonome arbejdsgrupper	8 Stress-, angst-, depressive symptomer, 7 generel MH. 6 Medierende faktorer: krav, kontrol og social støtte.	Blandede resultater. Tendens til at forøget indflydelse og formindskede krav er afgørende for forbedring af MH	Resultater i helbred afhængige af ændringer i medierende faktorer: krav og kontrol
Egan et al. 2007	1981-2006	18 studier, heraf 12 med kontrolgrupper	Arbejdspladser	Om udvidelse af participation og indflydelse kan forbedre helbred	Forøgelse af participation og indflydelse i arbejdet	Stress-, angst-, depressive symptomer, 7 generel MH. 6 Medierende faktorer: krav, kontrol og social støtte.	8 viste forøget kontrol, heraf 7 tillige forbedring af helbred, 2 viste samtidig forbedret social og helbred	Resultater i helbred afhængige af ændringer i medierende faktorer: krav og kontrol

fremmeinterventioner, har mindre sygefravær og bedre mentalt velbefindende. I mange sundhedsfremmeprogrammer er der typisk kun en begrænset andel af medarbejderne, der deltager. Effekten af programmerne må antages at være lille de steder, hvor der er lav deltagelse. Mange studier tyder på, at deltagere i sundhedsfremmeprogrammer har et helbred i udgangspunktet, der er noget bedre end gennemsnittet for befolkningen. Omvendt er der typisk lav deltagelse af dem med et dårligere helbred, der kunne have gavn af sundhedsfremmeinterventionen. Dette er med til yderligere at udtynke effekten af sundhedsfremmeinterventioner.

Der er indikation for, at sammensatte sundhedsfremmeprogrammer har større effekt end interventioner, der rettes mod enkeltområder.

Arbejdsrettede interventioner

Der er for tiden kun indikation for, at arbejds- eller organisationsrettede interventioner har effekt på forebyggelse af mentale helbredsproblemer, og indikation for, at interventioner, der fører til udvidelse af medarbejdernes kontrol over eget arbejde og forbedring af den sociale støtte uden samtidig at medføre forøgelse af arbejdskravene, kan medføre forbedring af det mentale helbred. Der kan være flere grunde til, at interventionerne enten ikke kan påvise nogen effekt eller kun en lille effekt.

For det første er der tegn på, at flere interventioner ikke bliver effektivt implementeret efter intentionerne. Derfor kan der ikke drages konklusioner om, hvorvidt de interventioner, der søges implementeret, er effektive eller ej. At mange studier mangler flere relevante oplysninger om implementeringen og om den kontekst, interventionen befinder sig i, gør det endvidere vanskeligt at finde ud af, hvilke faktorer der kan have påvirket implementeringen og effekten af interventionerne.

For det andet kan den manglende eller lille effekt hænge sammen med, at interventionerne kræver aktivitet fra mange aktører, og at der kræves indbyrdes koordination af disse aktiviteter, for at intentionerne om ændringer skal kunne realiseres.

For det tredje er årsagskæden mellem de faktorer, som interventionerne sigter på at ændre, og de resultater i form af forbedring af det mentale helbred, forholdsvist lang. Det kræver lang tid at ændre arbejds- og organisationsfaktorer, og der kan yderligere gå lang tid, før det giver sig udslag i en effekt på det mentale helbred hos personerne.

En fjerde årsag til manglende effekt kan være, at det kun i begrænset omfang er muligt at gøre interventionerne individuelt tilpassede.

Det er en mangel ved de primære studier og derfor også de systematiske reviews, at der ikke foretages analyser af ændringer hos forskellige subgrupper af deltagere. Der skelnes sjældent mellem ændringer hos den generelle population af deltagere, ændringer hos deltagere, der har nogle arbejdsmiljøforhold, der kan antages at medføre en forøget risiko for udvikling af mentale helbredsproblemer og ændringer hos deltagere, der har mindre eller begyndende mentale helbredsproblemer, og som således har en forøget risiko for at udvikle en egentlig psykisk lidelse. Endvidere kan der være tale om, at der er behov for forskellige typer af ændringer inden for forskellige medarbejdergrupper. Nogle har måske behov for øget kontrol, andre for øget social støtte, mens atter andre har behov for større rolleklarhed eller en mere retfærdig arbejdsplads.

4.2. Forebyggende interventioner i relation til individet

I denne anden del af Kapitel 4 undersøges det, om der er effekt af forebyggende interventioner i andre sammenhænge end på arbejdspladsen. Her begrænser vi os til studier, der anvender incidens af mentale helbredsproblemer (forekomst af nye tilfælde), der kan diagnosticeres efter et af de to diagnosesystemer (DSM-IV og ICD-10). Også i denne forbindelse kan forebyggelse være universel, selektiv eller indikeret. Gennemgangen er inddelt i to: Forebyggelse af depression og forebyggelse af PTSD.

Forskningsspørgsmålene er analoge med dem i kapitlets første del. For det første: Er der en signifikant effekt af intervention til forebyggelse af mentale helbredsproblemer, og hvor stor er denne generelle effekt? For det andet: Under hvilke betingelser er interventionerne effektive, og hvilke faktorer påvirker effekterne? Der er her teoretisk set de samme mulige faktorer, der kan påvirke effekten: deltagerpopulationen, egenskaber ved interventionerne, hvilke udfald effekten måles på, samt hvilket design og hvilke metoder der er valgt i interventionsstudierne.

Der er identificeret og udvalgt 11 systematiske reviews (plus 1-2 under udgivelse) foretaget i perioden 1996-2009 af interventioner til forebyggelse af mentale helbredsproblemer gennemført i andet regi end arbejdspladser. Disse reviews handler primært om forebyggelse af depression eller posttraumatisk stressforstyrrelse. Der er således ikke identificeret reviews om effekten af forebyggelse af andre mentale helbredsproblemer. Der er dog fundet enkelte artikler om forebyggelse af panikangst (Meulenbeek et al. 2008; Meulenbeek et al. 2009). Vi har p.t. identificeret fire artikler om forebyggelse af andre mentale helbredsproblemer end depression (Feldner et al. 2004; Garcia-Campayo et al. 2009; Smit et al. 2009; Veer-Tazelaar et al. 2009). På grund af det begrænsede antal studier er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at drage konklusioner om evidens om effekten af forebyggende intervention over for angst og funktionelle lidelser.

Konklusion vedrørende evidens for forebyggelse af depression og af PTSD

Konklusion vedr. evidens for forebyggelse af depression

Der er stærk evidens for effekten af psykologisk intervention til forebyggelse af nye tilfælde af depression for både personer, der har høj risiko for udvikling af depression, og for personer, der har depressive symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier for depression (subthreshold depression).

Der er indikation for, at psykoterapeutisk intervention kan reducere symptomniveauet hos personer med depressive symptomer, der i udgangssituationen ikke opfylder de diagnostiske kriterier.

Der er ikke for tiden evidens for universel forebyggelse af depression. Det vil sige interventioner målrettet alle i en population (i modsætning til personer der er i risiko for at udvikle depression).

Der er indikation for, at interpersonel terapi er mere effektiv end kognitiv behandling, og at behandling i grupper er mere effektiv end individuel behandling i forhold til interventioner med det formål at forebygge depression.

Der er evidens for, at psykoedukation er effektiv til at forebygge udvikling af depression hos personer med depressive symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier.

Konklusion vedr. evidens for forebyggelse af PTSD

Der er ikke evidens for, at kortvarig psykologisk intervention foretaget kort tid efter traumatiske begivenheder i form af psykologisk debriefing generelt kan reducere stress og forebygge udviklingen af posttraumatisk stress syndrom (PTSD) efter udsættelse for en traumatisk begivenhed, når den gives til alle, der har været udsat for den belastende begivenhed. Tværtimod er der indikation for, at debriefing kan være skadelig for nogle mennesker, så de senere har forøget risiko for udvikling af PTSD.

Der er heller ikke evidens for, at psykologisk debriefing – en intervention bestående af flere sessioner efter hinanden umiddelbart efter udsættelse for en traumatisk begivenhed – generelt kan reducere stress og forebygge udviklingen af posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Også ved denne intervention

er der indikation for, at nogle af deltagerne i intervention inden for et halvt år efter kan få mere alvorlige stresssymptomer end kontrolgruppedeltagere.

Der er indikation for, at traumafokuseret kognitiv terapeutisk intervention kan forebygge posttraumatisk stresssyndrom for personer med en akut stressforstyrrelse og reducere PTSD-symptomer, angst- og depressive symptomer.

Evidensgrundlag for konklusioner om forebyggelse af depression

Et review af Jane-Llopis (Jane-Llopis et al. 2003) analyserer effekten af studier af intervention til forebyggelse af depression. Udfald i disse undersøgelser er enten diagnosticeret depression, eller målinger af enkeltvis depressive symptomer. Alle estimater er omregnet til standardiseret forskel i gennemsnit af ændringer i interventionsgrupperne sammenlignet med kontrolgrupper SMD (dvs. forskellen i ændringen i de to grupper divideret med standardafvigelsen af det målte udfald). Formålet med metaanalysen var at undersøge effekten af intervention til forebyggelse af depression og forklare forskellene i effekten ved forskellige kendetegn ved deltagere og interventionerne. Samlet set var der en signifikant effekt af interventionerne, som dog må betegnes som lille ($SMD=0,22$).

Der var størst effekt af interventioner, der indeholdt flere forskellige komponenter, og interventioner, der sigtede mod udviklingen af sociale færdigheder til at klare potentielt belastende situationer. Endvidere var effekten størst, hvor interventionen indeholdt flere end otte enkeltsessioner, og hvor sessionerne havde en varighed på mellem 60 og 90 min. Effekten var størst, når interventionen blev givet af sundhedspersonale.

Der var ikke forskel i effekten for universel forebyggelse (dvs. interventioner rettet mod alle i populationen), selektiv forebyggelse rettet mod personer i højrisikogrupper for udvikling af depression og indikeret forebyggelse rettet mod personer med depressive symptomer, som ikke opfylder de diagnostiske kriterier. Der mangler dog analyser af, om der er forskel på de studier, der anvender et kontinuert mål for depressive symptomer og de studier, hvor der anvendes diagnosticeret depression som udfald.

Det første review af Cuijpers (Cuijpers et al. 2005) omfatter 13 artikler med 16 sammenligninger af interventionsgrupper med kontrolgrupper i randomiserede, kontrollerede forsøg, hvor der anvendes diagnosticerede mentale

helbredsproblemer som udfald. Den generelle effekt var $RR=0,73$, altså en nedsættelse af den relative risiko med 27 %.

Der blev foretaget subgruppeanalyser. Der er kun to diagnoser, hvor der var mindst to studier. Effekten for forebyggelse af depression var $RR=0,72$, altså en nedsættelse af den relative risiko med 28 %, mens der ikke fandtes nogen effekt for forebyggelse af PTSD. Effekten var størst for kognitiv behandling, mens der ikke fandtes nogen effekt af debriefing (se senere afsnit, hvor effekt af forebyggelse af PTSD omtales nærmere).

Angående type af forebyggelse fandtes ikke nogen signifikant effekt i de 11 sammenligninger, der indeholder interventioner rettet mod selekterede høj-risikogrupper, mens der fandtes en større og signifikant effekt ($RR=0,58$) i de fire sammenligninger af indikeret forebyggelse, hvor personer ved udgangspunktet havde symptomer, der ikke opfylder diagnostiske kriterier.

Et senere review af Cuijpers (Cuijpers et al. 2008) er koncentreret om forebyggelse af depression og omfatter flere studier (19 studier med 21 sammenligninger). Set på tværs af alle studier blev incidensen af depression i interventionsgrupperne reduceret med 22 % sammenlignet med kontrolgrupperne. Der blev fundet lige store effekter for selekteret og indikeret forebyggelse, men derimod mindre og ikke signifikante effekter af universel forebyggelse. Dette skal dog fortolkes med forsigtighed, da der kun er foretaget to studier heraf.

Effekten var størst for interpersonel psykoterapi sammenlignet med kognitiv terapi. Dog skal dette tolkes med forsigtighed, da der kun er foretaget tre studier af interpersonel terapi rettet mod forebyggelse af depression, og da der ikke er foretaget nogen undersøgelse med direkte sammenligning af effekterne af de to former for behandling i det samme studie. Effekten af gruppebehandling var større end effekten af individuel behandling. Heller ikke i dette tilfælde er der foretaget direkte sammenligning i det samme studie.

De to sidstnævnte systematiske reviews er rettet mod at undersøge effekten af indikeret forebyggelse, hvor der foretages intervention for personer, der har depressive symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier. I det første review af Cuijpers (Cuijpers et al. 2007) indgår syv randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT). Forekomsten af depression var 30 % mindre i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Målt udfald på en kontinuert skala med depressive symptomer, var effekten moderat ($SMD=0,42$). Dvs. at der skete en betydelig større reduktion i niveauet af depressive symptomer i interventionsgruppen end i kontrolgruppen.

Tabel 4.4. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer ved interventioner over for individer foretaget i andre sammenhænge end arbejdspladsen: Forebyggelse af depression

Review	Periode	Antal studier	Population	Type af forebyggelse	Intervention	Udfald	Resultater	Heterogenitet
Jane-Llopis et al. 2003	1985-2000	69 RCT, 32 med voksne deltagere	Forskellige deltagere	Universel, Selekeret, Indikeret	10 44 15 Forskellige typer psykoterapi	Depressionsdiagnose, Depressive symptomer	Lille reduktion af depressive symptomer (SMD=0,22)	Interventioner med flere komponenter inkl. træning af kompetencer, af sundhedsmedarbejder, har flere sessioner med en varighed på 60-90 minutter har større effekt. Største effekt i studier med høj metodisk kvalitet. Ældre personer havde størst effekt af social støtteintervention. Ikke forskel på de tre forebyggelse
Cuijpers et al. 2005	1980-2000	13 studier, 16 sammenligninger	Personer uden diagnosticeret mentale helbredsproblemer	Selekeret, Indikeret	11 5 Forskellige typer psykoterapi og kognitiv intervention	Depression, Angst, PTSD	Reduktion i incidens, RR=0,73	Størst effekt mht. depression. Ikke effekt mht. PTSD
Cuijpers et al. 2008	1966-2007	19 studier, 21 sammenligninger	Personer uden diagnosticeret depression	Universel, Selekeret, Indikeret	2 11 7 Forskellige typer psykoterapi	Depressionsdiagnose, Depressive symptomer	Reduktion i relativ risiko 22 %	Størst effekt ved selektiv og indikeret prævention, ikke forskel i effekt i de tre grupper, størst effekt ved gruppetræning
Cuijpers et al. 2007	1966-2006	7 RCT	Personer med subakut depression	Indikeret	Forskellige typer psykoterapi	Depressionsdiagnose, Depressive symptomer	Reduktion i relativ risiko 30 % Moderat reduktion af depressive symptomer (SMD=0,42)	Ikke systematiske forskelle i effekt
(Cuijpers 1998; Cuijpers et al. 2009)	1966-2007	6 RCT	Personer med subakut depression	Indikeret	Psyko-uddannelse		Reduktion i relativ risiko 22 % Lille reduktion af depressive symptomer (SMD=0,28)	Ikke systematiske forskelle i effekt

Det sidste systematiske review (Cuijpers et al. 2009) handler om effekten af kortvarig struktureret rådgivning (psykoedukation) af personer med depressive symptomer, der ikke opfylder de diagnostiske kriterier. Der indgår seks randomiserede, kontrollerede studier (RCT) af en kort struktureret intervention (Coping with Depression) rettet til personer, der har depressive symptomer uden at opfylde de diagnostiske kriterier. I interventionsgruppen havde 38 % færre end i kontrolgruppen udviklet diagnosticeret depression ved opfølgningen. Denne intervention var således effektiv. Metoden blev i undersøgelserne tillige sammenlignet med andre psykologiske behandlingsformer, hvor der ikke viste sig nogen forskel.

Evidensgrundlag: Forebyggelse af posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)

Mange undersøgelser viser, at traumatiske oplevelser kan forårsage mentale helbredsproblemer hos personer, som enten selv har været udsat for eller været vidne til voldsomme begivenheder såsom ulykker, trusler, voldtægt og røverier. De fleste kommer sig uden at modtage psykologisk eller medicinsk hjælp, men der kan udvikle sig en række psykologiske vanskeligheder. Nogle af disse vanskeligheder kan være depressive symptomer, hvor personerne trækker sig tilbage fra sociale aktiviteter, angstsymptomer, hvor personerne undgår bestemte situationer, forøgelse af alkoholforbruget eller somatiske symptomer. En del udviser umiddelbart efter den traumatiske hændelse symptomer, der er i overensstemmelse med diagnosen akut stress (ASD), som kan udvikle sig til akut PTSD, som er en diagnose, hvor et yderligere kriterium er en varighed på mindst én måned. Epidemiologiske undersøgelser viser, at omtrent en tredjedel af personer med akut PTSD fortsat har symptomer i flere år efter (Kessler et al. 1995). Personer, der lider af PTSD, oplever stressende og belastende reaktioner såsom ufrivillig genoplevelse af den oprindelige traumatiske hændelse i form af mareridt, påtrængende tanker, billeder og sanseoplevelser. Mange bekymrer sig om grunde til, at de ikke kan blive færdige med oplevelsen og prøver forgæves på at holde oplevelsen ude af bevidstheden. Andre symptomer kan være irritabilitet, vanskeligheder med at koncentrere sig og søvnbesvær. Endvidere kan mange opleve at være følelsesmæssigt "stumme", hvor de har vanskeligheder med at føle noget som helst, føler sig isoleret fra andre mennesker og opgiver aktiviteter, der tidligere har haft betydning for dem. Kronisk PTSD har gerne stor indvirkning på personens sociale, personlige og arbejdsmæssige funktion.

Psykologisk debriefing er oprindeligt udviklet til faggrupper, der er i risiko for at opleve traumatiske hændelser via deres arbejde, såsom politi, soldater og redningsarbejdere. Denne form for debriefing foretages ca. ét døgn efter den traumatiske hændelse, hvor alle involverede medarbejdere gennemgår hændelsen. Det er sundhedsprofessionelle (psykologer/psykiatere), der i samarbejde med en medarbejder (med overskud til kollegastøtte) fra arbejdspladsen, der leder debriefingen. Ud fra en bestemt struktur bliver den traumatiske begivenhed gennemgået fælles i gruppen. Ud over psykoedukation om krisereaktioner bliver medarbejdernes følelsesmæssige og kognitive reaktioner på struktureret vis gennemgået. Sidstnævnte har til formål at bearbejde medarbejdernes oplevelser. Interventionen varer 1-3 timer. Der er to formål med denne intervention. For det første at reducere den psykiske stress, der opleves af mange i forbindelse med begivenheden. For det andet at forebygge udviklingen af PTSD. Der er udviklet flere former for psykologisk debriefing.

Der er identificeret fem systematiske reviews, der analyserer effekten af interventioner, der har til hensigt at forebygge PTSD. De identificerede reviews omhandler studier af flere forskellige grupper, der har været udsat for traumatiske hændelser. Der er ikke foretaget analyse af effekter for personer, der har været udsat for traumatiske begivenheder i forbindelse med deres arbejde og modtaget intervention i forbindelse med deres arbejdsplads. De to første systematiske reviews (Rose et al. 2002; van Emmerik et al. 2002) omhandler effekten af kort psykologisk intervention over for personer, der har været udsat for en traumatisk hændelse, og hvor interventionen foretages kort tid efter hændelsen og har en kort varighed på 1-3 timer. Disse to reviews indeholder en analyse af henholdsvis syv og 15 randomiserede forsøg, hvor deltagere, der havde været udsat for traumatiserende begivenheder umiddelbart forinden, modtager debriefing (inden for 24 timer). Der blev ikke fundet nogen signifikante forskelle mellem deltagerne i debriefing- og kontrolgruppen – hverken inden for tre mdr., efter 3-6 mdr. eller efter 6-12 mdr. Derimod blev der i ét af studierne fundet en forøget forekomst af PTSD hos deltagerne sammenlignet med kontrolpersonerne ($OR=2,51$). Dette indikerer, at debriefing kan forøge risikoen for PTSD. Reviewene er ikke i stand til at identificere, om det kun er visse former for debriefing, der potentielt kan være skadelige for nogle personer.

En af de mulige grunde til, at debriefing af kort varighed ikke har nogen effekt, kunne være, at interventionen var for kortvarig. Derfor er der udviklet nogle interventionsformer bestående af flere sessioner (2-6 sessioner), som ligeledes gives kort efter den traumatiske begivenhed. Det tredje review indeholder således ikke interventioner med kun én session, som er behandlet i de to foregående reviews. Heller ikke ved interventioner med flere sessioner blev

der fundet nogen effekt hverken for senere diagnosticerede PTSD-tilfælde, alvorlighedsgraden af PTSD-symptomer, angst- og depressive symptomer. Også her var der en tendens (der netop ikke nåede et signifikansniveau på $p < 0,05$) til, at kontrolgruppen havde færre PTSD-symptomer end deltagerne i intervention (Roberts et al. 2009a).

I det fjerde review (Kornor et al. 2008) gennemgik man effekten af traumafokuseret kognitiv behandling af personer, der har været udsat for en traumatisk begivenhed og har akut stressforstyrrelse, som er en diagnose, der kræver, at personen har mindst tre af følgende symptomer: numbing, detachment, derealization, depersonalization or dissociative amnesia. Der indgår fem randomiserede, kontrollerede forsøg. Efter 3-6 mdr. havde signifikant færre i interventionsgruppen PTSD sammenlignet med kontrolgruppen. Der var dog høj grad af heterogenitet i resultaterne mellem studierne, som måske kan hænge sammen med forskelle mellem deltagerne i de fem studier, men det var ikke muligt at finde kendetegn ved studierne, som kunne forklare forskellene i resultaterne. Ved en senere opfølgning var der dog ikke forskel på interventions- og kontrolgruppen. Af disse grunde må der konstateres en vis usikkerhed om effektiviteten.

I det seneste systematiske review (Roberts et al. 2009b) blev der inddraget 24 studier af en række interventioner for behandling af personer, der havde været udsat for traumatiske begivenheder, uanset om de havde symptomer eller ej. Det blev bekræftet, at der ikke fandtes nogen effekt ved sådan intervention. Derimod fandt man, at traumafokuseret kognitiv behandling havde større effekt end kontrolgrupper, der enten befandt sig på venteliste eller modtog støttende behandling, for personer, der havde akutte stresstilstande eller akut PTSD.

Opsummering og diskussion

Der blev fundet stærk evidens for, at man kan forebygge udvikling af depression for personer, der enten har depressive symptomer, som ikke opfylder kriterierne for diagnosen svær eller moderat depression (major depression), og hos personer, der har en forøget sårbarhed (familiemæssig disposition og/eller kognitiv disposition) og dermed forøget risiko for udvikling af depression. Både kognitiv psykoterapi, interpersonel psykoterapi samt psykoedukation har vist sig at være effektive i forebyggelse hos disse grupper. Denne viden kan anvendes i arbejdspladssammenhæng, ved at man henviser til forebyggende indsats for medarbejdere, der har begyndende symptomer, og det kan

forventes, at man derved kan forebygge alvorlige arbejdsmæssige konsekvenser som langvarigt sygefravær og førtidigt arbejdsophør (førtidspension).

Der er ikke evidens for, at en tidlig og kortvarig intervention, såkaldt debriefing, kan forebygge udvikling af PTSD. Tværtimod er der indikation for, at denne intervention kan være skadelig for nogle personer, idet én undersøgelse viser, at de personer, der har modtaget debriefing, senere har forøget risiko for udvikling af PTSD.

Der er flere mulige grunde til, at debriefing ikke har nogen effekt. Der kan således være tale om, at interventionen er for kortvarig eller finder sted for kort tid efter den traumatiske begivenhed. Der kan også være tale om en for kort opfølgningstid. Efter udsættelse for en traumatiserende begivenhed sker det, at de fleste spontant eller ved egen hjælp bliver mindre stressede. Det er muligt, at en for tidlig intervention i form af debriefing kan forsinke denne proces og derved medvirke til, at nogle personer udvikler eller får forværret PTSD.

Ud fra den begrundelse, at den praktiserede debriefingmetode har været for kortvarig, har der været foretaget interventioner med længere varighed, fra 2-6 sessioner, men heller ikke disse interventioner har vist sig at være effektive.

Der findes forskellige former for psykologisk debriefing. Der kan være tale om interventioner, der er foretaget i arbejdsmæssig kontekst og i grupperegime. Der kan være tale om forskellige teoretiske referencerammer, fx CISM, og interventionen kan være foretaget af uddannede terapeuter eller andre. Der kan også være forskelle i målgruppen (faggruppe, køn, alder osv.), type af traumatisk hændelse (dødsfald, trusler, varighed og antal hændelser, osv.), der kan spille en rolle for den potentielle forværring, der er fundet i nogle studier. De omtalte systematiske reviews er blevet kritiseret for kun at måle effekten af en enkelt komponent af intervention i forbindelse med udsættelse for traumatiske begivenheder. Psykologisk debriefing var oprindeligt tænkt som en del af en bredere intervention med oplysning, rådgivning og omsorg for udsatte, og effekten af en sådan bredere intervention har vi ikke opnået viden om gennem de systematiske reviews (Regel 2007). Men den viden, der findes i de systematiske reviews, kan være basis for den anbefaling, at man ikke rutinemæssigt skal tilbyde kortvarig psykologisk debriefing.

Derimod er det effektivt med kognitiv traumafokuseret psykoterapi inden for få måneder efter udsættelse for traumatiske begivenheder for personer, der har stresssymptomer i perioden efter udsættelsen.

Implikationerne af denne samlede viden er, at man på arbejdspladser bør være opmærksom på mulige traumatiske begivenheder, som medarbejderne kan blive udsat for, og udforme strategier til at håndtere virkningerne på arbejdspladserne i form af mentale helbredsproblemer. Dette er relevant for alle medarbejdere, der kan blive udsat for ulykker, vold og trusler, der er mulige på de fleste arbejdspladser.

Mens der ikke er påvist nogen nytte af psykologisk debriefing, vil det være nyttigt, at der er adgang til tidlig intervention for medarbejdere, der vedbliver med at have stresssymptomer efter udsættelsen for traumatiske begivenheder (McFarlane & Bryant 2007)

Tabel 4.5. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer ved interventioner over for individer foretaget i andre sammenhænge end arbejdspladsforebyggelse af PTSD

Review	Periode	Antal studier	Population	Type af forebyggelse	Intervention	Udfald	Resultater	Heterogenitet
van Emmerik et al. 2002	1967-2000	7 RCT	Personer udsat for traumatisk begivenhed	Reducere umiddelbar stress og forebygge udvikling af PTSD og andre psykiske effekter	1 session "debriefing" 1-3 t, kort efter traumatisk begivenhed	PTSD-symptomer Stress-, angst-, depressive symptomer	Moderat reduktion af PTSD-symptomer ME=0,65 i kontrolgrupper, ingen reduktion i interventionsgruppe (ME=0,13)	Måske skadelig effekt af debriefing
Rose et al. 2002	15 RCT		Personer udsat for traumatisk begivenhed	Reducere umiddelbar stress og forebygge udvikling af PTSD og andre psykiske effekter	1 session "debriefing" 1-3 t, kort efter traumatisk begivenhed	PTSD-symptomer Stress-, angst-, depressive symptomer	Ingen reduktion i PTSD. Flere med PTSD i interventionsgruppen ved 1 års opfølgning. Ingen reduktion i andre symptomer	Måske skadelig effekt af debriefing
Roberts 2009	11 RCT		Personer udsat for traumatisk begivenhed	Reducere umiddelbar stress og forebygge udvikling af PTSD og andre psykiske effekter	Flere sessioner tidligt efter traumatisk begivenhed	PTSD-symptomer Stress-, angst-, depressive symptomer	Ved 3-6 mdr. opfølgning: Ingen forskel i diagnosticeret PTSD. Lille forskel i PTSD-symptomer i kontrolgruppens favør	
Kornor et al. 2008	5 RCT		Personer udsat for traumatisk begivenhed og med akut stress	Forebyggelse af kronisk PTSD	TFCBT	PTSD	3-6 mdr. RR=0,56. 9 mdr. RR=1,09. 3-4 år RR=0,73. Angst- og depressive symptomer generelt lavere	
(Roberts et al. 2009b)	25 RCT		Personer udsat for traumatisk begivenhed inden for 3 måneder	Forebygge eller behandle PTSD, inden for 3 måneder	Psykologiske interventioner			

Referencer

- Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M & Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation: 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007;61(12):1028-1037.
- Cohen J. A power primer. *Psychol.Bull.* 1992;112(1):155-159.
- Cuijpers P. A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behavior Therapy* 1998;29(3):521-533.
- Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am.J.Psychiatry* 2003;160(8):1385-1391.
- Cuijpers P, Munoz RF, Clarke GN & Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review* 2009;29(5):449-458.
- Cuijpers P, Smit F & van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr.Scand.* 2007;115(6):434-441.
- Cuijpers P, van Straten A & Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J.Nerv.Ment.Dis.* 2005;193(2):119-125.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C & Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a metaanalytic review of psychological interventions. *Am.J.Psychiatry* 2008;165(10):1272-1280.
- Edwards D & Burnard P. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J.Adv.Nurs.* 2003;42(2):169-200.
- Egan M, Bambra C, Petticrew M & Whitehead M. Reviewing evidence on complex social interventions: appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organisationallevel workplace interventions. *J.Epidemiol.Community Health* 2009;63(1):4-11.
- Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M & Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organizational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007;61(11):945-954.
- Feldner MT, Zvolensky MJ & Schmidt NB. Prevention of anxiety psychopathology: A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology-Science and Practice* 2004;11(4):405-424.
- Garcia-Campayo J, Arevalo E, Claraco LM, Alda M & Lopez DH. A prevention programme for somatoform disorders is effective for affective disorders. *J.Affect.Disord.* 2009.

- Gordon RS, Jr. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107-109.
- Graveling RACJOCHACVS. A Review of Workplace Interventions that Promote Mental Wellbeing in the Workplace. Edinburgh, Institute of Occupational Medicine & The Keil Centre, 2008.
- Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A & Theorell T. Job Decision Latitude, Job Demands, and Cardiovascular-Disease – A Prospective-Study of Swedish Men. *American Journal of Public Health* 1981;71(7):694-705.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch.Gen.Psychiatry* 1995;52(12):1048-1060.
- Kornor H, Winje D, Ekeberg O, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K & Steiro A. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008;8.
- Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J & Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects-a systematic review and a meta-analysis. *J.Occup.Environ.Med.* 2008;50(8):904-915.
- LaMontagne AD, Keegel T, Louie AM, Ostry A & Landsbergis PA. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *Int.J.Occup.Environ.Health* 2007;13(3):268-280.
- Martin A, Sanderson K & Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand.J.Work Environ.Health* 2008.
- McFarlane AC & Bryant RA. Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk. *Occup.Med.(Lond)* 2007;57(6):404-410.
- Meichenbaum D. Changing conceptions of cognitive behavior modification: retrospect and prospect. *J.Consult Clin.Psychol.* 1993;61(2):202-204.
- Meichenbaum D & Novaco R. Stress inoculation: a preventative approach. *Issues Ment.Health Nurs.* 1985;7(1-4):419-435.
- Meulenbeek P, Willemse G, Smit F, Smits N, van Balkom A, Spinhoven P & Cuijpers P. Effects and feasibility of a preventive intervention in subthreshold and mild panic disorder: Results of a pilot study. *BMC.Res.Notes* 2009;2(1):4.
- Meulenbeek P, Willemse G, Smit F, van Balkom A, Spinhoven P & Cuijpers P. Early intervention in panic: randomized controlled trial and costeffectiveness analysis. *Trials* 2008;9(1):67.
- Mimura C & Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup.Environ.Med.* 2003;60(1):10-15.

- Murta SG, Sanderson K & Oldenburg B. Process evaluation in occupational stress management programs: a systematic review. *Am.J.Health Promot.* 2007;21(4):248-254.
- NICE. NICE Mental Health Guidelines. Royal College of Psychiatrists 2003.
- Parks KM & Steelman LA. Organizational wellness programs: a meta-analysis. *J.Occup.Health Psychol.* 2008;13(1):58-68.
- Penalba V, McGuire H & Leite JR. Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2008(3):CD005601.
- Regel S. Posttrauma support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occupational Medicine-Oxford* 2007;57(6):411-416.
- Richardson KM & Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a metaanalysis. *J.Occup.Health Psychol.* 2008;13(1):69-93.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J & Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2009a(3):CD006869.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J & Bisson JI. Systematic review and meta-analysis of multiplesession early interventions following traumatic events. *Am.J.Psychiatry* 2009b;166(3):293-301.
- Rose S, Bisson J, Churchill R & Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst.Rev.* 2002(2):CD000560.
- Ruotsalainen J, Serra C, Marine A & Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand.J.Work Environ.Health* 2008;34(3):169-178.
- Saunders T, Driskell JE, Johnston JH & Salas E. The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *J.Occup.Health Psychol.* 1996;1(2):170-186.
- Smit F, Willemse G, Meulenbeek P, Koopmanschap M, van BA, Spinhoven P & Cuijpers P. Preventing panic disorder: costeffectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost.Eff.Resour.Alloc.* 2009;7:8.
- van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH & van Dijk FJ. The benefits of interventions for workrelated stress. *Am.J.Public Health* 2001;91(2):270-276.
- van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM & Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002;360(9335):766-771.
- Veer-Tazelaar PJ, Van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F & Beekman AT. Steppedcare prevention of anxiety

and depression in late life: a randomized controlled trial. Arch.Gen.Psychiatry 2009;66(3):297-304.

Kapitel 5

TTA-interventioner. Hvad kan man gøre for at få medarbejdere tilbage i arbejde og forblive i beskæftigelse?

Indhold

Indledning	257
Litteratursøgning og kvalitetsvurdering	260
Kapitlets opbygning	262
Konklusioner – kapitel 5	264
Konklusioner – afsnit 5.1.....	264
Konklusioner – afsnit 5.2.....	265
5.1. Forebyggelse af sygefravær, førtidigt arbejdsophør og forbedring af arbejdsevnen.....	267
Introduktion.....	267
Evidensgrundlaget – gennemgang af studier med collaborative care	269
Evidensgrundlaget – gennemgang af studier med enkeltstrengede interventioner	282
Opsummering af enkeltstrengede interventioner	295
Forebyggende organisatorisk intervention	298
Diskussion og sammenfatning af afsnit 5.1 forebyggelse af sygefravær, førtidigt arbejdsophør og forbedring af arbejdsevnen	305
5.2. TTA-interventioner for sygemeldte.....	309
Afsnittets opbygning	310
Evidensgrundlaget – gennemgang af kategori 1: Informerende/ minimale TTA-interventioner	311
Opsummering.....	314
Evidensgrundlaget – gennemgang af kategori 2: Personorienterede interventioner	314

Sammenfatning	322
Evidensgrundlaget – Kategori 3: Person- og arbejdsorienterede interventioner	325
Opsummering.....	334
Igangværende TTA-studier	335
Diskussion og sammenfatning for afsnit 5.2. TTA-interventioner for sygemeldte	344
5.3. Hvad kan TTA-indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproble- mer lære af TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær?	346
Hvad karakteriserer succesfulde TTA-indsatser?	347
De fire faser:	348
Forbehold og opmærksomhedspunkter for sygemeldte med mentale helbredsproblemer	352
Sammenfatning af afsnit 5.3	353
Diskussion og sammenfatning af de tre delafsnit i kapitlet	355
Referencer	359
Bilag 5.1	364

Indledning

En stor procentdel af det samlede sygefravær kan tilskrives mentale helbredsproblemer (WHO 2005). I mange udviklede lande udgør mellem 35 og 45 % af det samlede sygefravær mentale helbredsproblemer (van Oostrom S 2010b; NKA 2004). WHO forudser, at i 2020 vil mentale helbredsproblemer være den primære årsag til nedsat arbejdsevne (WHO 2004). I Kapitel 2 fremgik det af litteraturgennemgangen, at jo længere tids sygefravær en person har, jo sværere bliver det at komme tilbage til arbejde igen. En undersøgelse viser, at kun 50 % af dem, der er sygefraværende i en periode på over seks måneder, vender tilbage til arbejde igen (Blank et al. 2008). Sygefravær er således en risikofaktor for førtidigt arbejdsophør (Waddell G & Watson PJ 2004). Ud over store samfundsmæssige omkostninger har sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer også store personlige konsekvenser. Førtidigt arbejdsophør kan medføre dårligere livskvalitet, tab af identitet og mening i dagligdagen. Det er derfor nødvendigt med viden om, hvilke interventioner der effektivt kan forebygge, at mentale helbredsproblemer forværres, og hvilke interventioner der kan fremme tidlig og varig tilbagevenden til arbejde.

Der kan være mange forhold, der påvirker, hvorvidt en medarbejder med mentale helbredsproblemer sygemelder sig og i hvor lang en periode. Sandsynligvis har både faktorer i arbejdsmiljøet, individuelle faktorer samt den kontekst, den enkelte medarbejder indgår i, betydning. På det personlige plan kan psykosociale (Sullivan MJ et al. 2005; Baldwin ML et al. 1996) og individuelle faktorer såsom motivation påvirke, hvor svært det er at komme tilbage til arbejde (Labriola et al. 2006; Briand et al. 2007). Ligeledes kan det have betydning, hvilken hjælp og støtte medarbejderen får til at vende tilbage til arbejde, og om der tages hånd om det nedsatte funktionsniveau, som mange sygemeldte oplever. Der er således mange forhold, der spiller ind i forhold til, om en intervention effektivt kan forbedre en medarbejders sygefravær og arbejdsfastholdelse. Effekten af interventioner kan derfor ikke ansues ud fra en ensidig årsag-effekt-model. Derimod må det betragtes som en dynamisk proces, der påvirkes af individuelle og arbejdsrelaterede faktorer samt den kontekst, individet indgår i (se Kapitel 6 for nærmere gennemgang af potentielt hæmmende og fremmende faktorer for tilbagevenden til arbejde).

Forskningen i effekten af interventioner, der forebygger sygefravær og arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer, er først for alvor kommet i gang i 1990'erne og 00'erne. De fleste større interventionsstudier har været foretaget i Holland, og meget ny viden om mentalt helbred og sygefravær er kommet derfra. Forskning i mentalt helbred og sygefravær er stadigvæk et relativt nyt forskningsområde. Forskningen i muskel- og skeletbesvær er læn-

gere fremme. På denne baggrund er der udviklet modeller for interventioner, der succesfuldt rehabiliterer sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Det er endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt, om denne viden fra muskel- og skeletbesværforskningen kan overføres til medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Et Cochrane-review fra 2008 gennemgår 11 studier, der med få undtagelser alle undersøger effekten af enkeltstrengt behandling af depression (enten medicin eller psykoterapi) på sygefravær. De konkluderer, at der ikke er evidens for, at denne type interventioner kan forbedre arbejdsevnen eller fremme tilbagevenden til arbejde. I reviewet anbefales det, at fremtidig forskning skal undersøge interventioner med arbejdsrelateret indhold (Nieuwenhuijsen et al. 2008). Dette review tyder på, at der er andre forhold og betingelser end blot symptomlættelse, der har betydning for udfaldet af en sygemelding på grund af mentale helbredsproblemer. Det samme gør sig gældende i studier, der undersøger tilbage til arbejdeinterventioner i forhold til sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. I muskel- og skeletbesværforskningen er der meget, der tyder på, at det ikke udelukkende er sværhedsgraden af lidelsen, der afgør, om medarbejderen succesfuldt vender tilbage til arbejde igen.

I et andet Cochrane-review redegøres der for evidens for interventioner, der forebygger reduceret arbejdsevne som følge af muskel-skelet-besvær, mentale helbredsproblemer eller andre helbredsproblemer. På baggrund af seks udvalgte studier af høj forskningsmæssig kvalitet er der fundet evidens for, at arbejdspladsinterventioner er bedre til at reducere sygefravær som følge af muskelskeletbesvær, sammenlignet med sædvanlig behandling, om end interventionerne ikke var bedre til at forbedre helbredsmæssige mål, når man sammenlignede med sædvanlig behandling (van Oostrom et al. 2009a). Derimod var det ikke muligt at konkludere noget om sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer, da der kun kunne identificeres et studie (Blonk et al. 2006) af bedre forskningsmæssig kvalitet. Der er således mangel på interventionsstudier af høj forskningsmæssig kvalitet, såsom randomiserede kontrollerede studier (van Oostrom et al. 2009a).

De studier, der er foretaget, har været meget forskellige i deres design og metode. Der har været anvendt forskellige målgrupper (patientgrupper, organisationer, faggrupper), forskellige typer interventioner (klinisk behandling som kognitiv adfærdsterapi og systemisk løsningsfokuseret terapi, arbejdspladsinterventioner, sundhedsfremme) samt forskellige udfald (enkelte symptomer, syndromer, diagnosticérbare lidelser, trivsel, mentalt velvære, funktionsevne, arbejdsevne, livskvalitet). Dertil kommer, at sygefraværet har været målt på forskellig vis. Eksempelvis undersøger nogle undersøgel-

ser sygefravær målt som enkeltstående dage (klatsygefravær), eller en sammenhængende periode (langtidssygefravær) eller bliver omtalt ud fra andre arbejdsmæssige mål: nedsat arbejdsevne, arbejdsophør, førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Disse forskelle imellem studierne gør det svært at generalisere effekten på tværs af lande, sociale systemer og arbejdsforhold.

Formålet med dette kapitel er at redegøre for den viden, der indtil videre foreligger om nedbringelse af sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med mentale helbredsproblemer og herudfra sammenfatte, hvad man kan gøre for at få medarbejdere med mentale helbredsproblemer til at blive i beskæftigelse. Derfor vil vi i dette kapitel gennemgå studier, der undersøger effekten af interventioner, der forebygger sygefravær og/eller arbejdsophør, forbedrer arbejdsevnen, og studier, der ved forskellige interventioner hjælper folk tilbage i arbejde igen. Derudover bliver der set på, i hvor høj grad viden fra forskningen i muskel- og skeletbesvær kan overføres til personer med mentale helbredsproblemer.

Litteratursøgning og kvalitetsvurdering

Der er endnu ikke foretaget metaanalyser eller systematiske reviews foruden de to Cochrane-reviews. Det ene Cochrane-review har på grund af høje krav til den forskningsmæssige kvalitet af studierne kun kunnet identificere et enkelt primært studie (van Oostrom et al., 2009a), mens det andet Cochrane-review udelukkende ser på effekten af enkeltstrenget behandling (Niewenhuisen et al. 2008). I dette kapitel er det derfor hovedsageligt primærstudier, der inkluderes i gennemgangen, men med mindre krav til den forskningsmæssige kvalitet, end der anvendes i Cochrane-instituttet. Alle studierne er blevet kvalitetsvurderet på den måde, at studier af dårlig forskningsmæssig kvalitet, såsom mangler og usikkerhed i metode eller analyse, er blevet nedprioriteret i sammenfatningen af evidens. Til kvalitetsvurderingen er der taget udgangspunkt i generelle kvalitetskriterier såsom eksempelvis beskrevet i the CONSORT statements (Vandenbroucke JP et al. 2007).

Der er foretaget systematiske litteratursøgninger i forskningsdatabaserne PubMed, PsychLit og Web of Knowledge efter interventionsstudier med randomiserede og/eller kontrollerede design. De undersøgte udfald (outcomes) i studierne var sygefravær, arbejdsophør, arbejdsfastholdelse, arbejdssevne og mentale helbredsproblemer. Målgruppen var beskæftigede med mentale helbredsproblemer. Såfremt det var en blandet målgruppe af beskæftigede og ikke-beskæftigede, blev studiet også inkluderet. Der blev søgt på perioden 1995-2009. Studier, der var målrettet medarbejdere med både somatiske eller psykiske diagnoser, blev medtaget, såfremt der var foretaget subgruppeanalyser i resultatafsnittet for gruppen med mentale helbredsproblemer. Længden af sygefravær er defineret forskelligt i de forskellige studier, men som regel vil der være tale om en sammenhængende periode på mindst 14 dage.

Der blev fundet over 1.000 artikler via søgningerne. Tre af forfatterne fandt herefter frem til 109 artikler, der ud fra titler og abstracts levede op til nævnte søgekriterier. Heraf blev 79 ekskluderet. De primære grunde til eksklusion var: En for lille målgruppe, ingen af deltagerne var i beskæftigelse, deltagerne havde ikke mentale helbredsproblemer, der var ikke udført subgruppeanalyse for deltagere med mentale helbredsproblemer, udfald var ikke arbejdsrelaterede, eller interventionerne omhandlede ikke TTA-indsatser, forebyggelse af sygefravær eller arbejdsophør. 30 studier opfyldte kriterierne for inklusion.

Der er enkelte studier, der direkte undersøger forbedring af arbejdssevnen og førtidigt arbejdsophør. Mange af de inkluderede studier er gennemført i

Holland, USA, og Finland, og der er ikke fundet nogen primærstudier med tilstrækkelig højt kvalitetsniveau i forhold til forskningsdesign fra Danmark.

I Bilagene for kapitel 5 fremgår søgeord brugt i søgningen, flowdiagram for søgeprocessen samt skemaet udviklet til kvalitetsvurdering.

Kapitlets opbygning

Ud fra læsning af de 30 randomiserede og/eller kontrollerede studier samt læsning af studier omhandlende muskel- og skeletbesvær kan studierne meningsfuldt inddeles i følgende tre afsnit:

- 5.1. Forebyggelse af sygefravær, førtidigt arbejdsophør og forbedring af arbejdsevnen
- 5.2. TTA-interventioner for sygemeldte
- 5.3. Kan viden om TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær overføres til sygemeldte med mentale helbredsproblemer?

I afsnit 5.1 gennemgås 15 randomiserede og/eller kontrollerede studier, der alle undersøger, om behandling af mentale helbredsproblemer har en effekt på bedring af de helbredsmaessige mål og samtidig også kan forbedre arbejdsmaessige mål (sygefravær, arbejdsfastholdelse, og/eller arbejdsevnen). Formålet med disse interventioner er at forbedre de mentale helbredsproblemer, og helbredsmaessige udfald er således de primære, mens arbejdsmaessige udfald er sekundære. Her antages det, at såfremt medarbejderen får reduceret sine symptomer, vil medarbejderen kunne fungere bedre på arbejdet. Ofte foretages behandlingen i primærsektoren ved praktiserende læge og/eller i mere specialiserede behandlingstilbud såsom ved psykolog eller psykiater. Der foretages som regel flere interventioner, hvoraf nogle af dem også kan relateres til arbejdspladsen. Interventionen er ofte foretaget langt væk fra arbejdspladsen og inkluderer både sygemeldte og ikke-sygemeldte i populationen. Nogle af interventionerne kan beskrives som en *selekteret* form for forebyggelse, mens andre kan beskrives som *indikeret*. Interventioner, der er selekteret, foretages i forhold til den målgruppe af medarbejdere, der endnu kun har enkelte eller flere tegn på mentale helbredsproblemer (såsom fx forhøjet stressniveau). Med disse interventioner forsøger man at forhindre, at medarbejdere udvikler mentale helbredsproblemer ved tidlig opsporing og behandling, og forsøger således at forebygge sygemeldinger og/eller langtidssygefravær. Andre interventioner kan beskrives som en indikeret form for forebyggelse, da de foretages over for målgrupper, der allerede har udviklet mentale helbredsproblemer (fx depression) og ved at behandle medarbejdere for deres mentale helbredsproblemer antages det, at interventionerne forebygger langtidssygefravær og arbejdsophør.

Afsnit 5.2 gennemgår 15 randomiserede og/eller kontrollerede studier, der undersøger, om TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer kan hjælpe sygemeldte hurtigt tilbage i arbejde igen. En grundantagelse i en række af studierne er, at den sygemeldte godt kan komme tilbage

til arbejde, selvom han/hun ikke er kommet sig fuldt ud – uden at det får helbredsmæssige konsekvenser. I studierne i afsnit 5.2 undersøges effekten af interventioner primært på arbejdsrelaterede udfald (sygefravær, arbejdsfastholdelse og arbejdsevne), mens helbredsmæssige udfald er sekundære. Interventionerne består ofte af flere kombinerede kliniske og arbejdsrelaterede interventioner. Interventionerne kan beskrives som værende indikeret forebyggelse, da interventionerne udelukkende beskæftiger sig med den målgruppe af medarbejdere, der er sygemeldte på grund af mentale helbredsproblemer. Via forskellige TTA-interventioner forsøges langvarigt sygefravær og arbejdsophør forebygget.

Afsnit 5.3 diskuterer, hvordan – og hvorvidt – viden fra TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær kan overføres til sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Hvert afsnit består af følgende komponenter i følgende rækkefølge: indledning, konklusion vedr. evidens samt en gennemgang af evidensgrundlaget for konklusionerne.

Til sidst i Kapitel 5 vil der være en fælles diskussion og sammenfatning for kapitlet.

Indledningsvis vil vi i nedenstående afsnit præsentere de overordnede konklusioner for Kapitel 5. I de følgende afsnit har læseren mulighed for at orientere sig i dybden inden for de enkelte emner.

Konklusioner for Kapitel 5

Konklusionerne vedrører evidens for de gennemgåede interventionsstudier i kapitlet. Studierne er primært foretaget i USA, Holland og Finland, og der skal således tages forbehold ved generalisering af resultaterne til Danmark, som har et andet socialsystem, arbejdsmarkedssystem og sundhedssystem. De mentale helbredsproblemer, der er undersøgt, er primært depression, tilpasningsreaktioner og angst, hvorfor der ligeledes skal tages forbehold ved generalisering til andre mentale helbredsproblemer.

Konklusioner fra afsnit 5.1

Interventioner med collaborative care, der forebygger sygefravær og arbejdsophør:

Collaborative care er en fremgangsmåde udviklet til at forbedre samarbejde mellem forskellige sundhedsprofessionelle i sundhedssektoren. I denne sammenhæng vil collaborative care blive brugt om de interventioner, der anvender koordinering mellem de forskellige sundhedsprofessionelle, som en primær del af interventionen med det formål at forbedre kvaliteten af behandlingen.

Sygefravær

- Der er indikation for, at en forbedring af behandlingsindsatsen af depression og angst, i form af collaborative care, kan reducere sygefravær med 3-9 procentpoint, når der sammenlignes med sædvanlig behandling.

Arbejdsfastholdelse

- Der er stærk evidens for, at en forbedring af behandlingsindsatsen i form af collaborative care øger sandsynligheden for arbejdsfastholdelse et år efter interventionens gennemførelse. Mellem 5 og 15 procentpoint flere medarbejdere med mentale helbredsproblemer bliver fastholdt i arbejde, når der sammenlignes med sædvanlig behandling. Der er indikation for, at personer, der får en behandling, der lever op til internationale guidelines, oplever en mere udtalt effekt efter et år. Her observeres således en yderligere stigning i arbejdsfastholdelsen med 5 procentpoint, når der sammenlignes med sædvanlig behandling.

Mentale helbredsproblemer

- Der er stærk evidens for, at en forbedring af behandlingsindsatsen i form af collaborative care forbedrer de mentale helbredsproblemer, når der sammenlignes med kontrolgruppen.

Enkeltstrengede interventioner, der forebygger sygefravær og arbejdsophør:

Enkeltstrengede interventioner omhandler de interventioner, hvor der kun er foretaget en form for afgrænset indsats såsom fx psykoterapi, samtaler med arbejdsmediciner, og/eller stressmanagement.

Mentale helbredsproblemer

- Ingen studier viser en forværring af den mentale helbredstilstand som følge af interventionen. Der er indikation for, at interventionerne forbedrer helbredstilstanden (i forhold til stress og udbrændthed) som følge af interventionen, når der sammenlignes med kontrolgruppen.

Sygefravær

- Der er ikke evidens for, at psykoterapeutiske interventioner har en effekt på forebyggelse af sygefravær.

Arbejdsfastholdelse

- Et enkelt studie viser, at en arbejdsmedicinsk intervention kan forebygge førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Et andet studie har ikke kunnet påvise effekt af psykoterapeutisk intervention i forhold til arbejdsfastholdelse efter tre år.

Arbejdsevne (defineret ud fra "The work ability index: WAI"):

- Der er indikation for, at psykologisk behandling af angst og depression kan forbedre arbejdssevnen hos medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Organisatorisk intervention

- Det er endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt, om interventioner foretaget på organisatorisk niveau kan forebygge sygefravær.

Konklusioner fra afsnit 5.2

Informerende/minimale TTA-interventioner, hvor den sygemeldte modtager skriftlig information eller få sessioner med professionel behandler

- Der er ikke evidens for, at informerende/ minimale TTA-interventioner kan forkorte sygefravær.
- Ét studie peger på, at skriftlige informationer om den lovgivningsmæssige mulighed for delvis TTA og arbejdstilpasninger samt opfordring til reflek-

sion over egne forventninger til TTA har en lille effekt på reduktion af langtidssygefravær.

- Der er ikke evidens for, at få korte samtalsessioner med praktiserende læge reducerer sygefraværet signifikant.
- Ingen af interventionerne forværrer eller forbedrer de mentale helbredsproblemer som følge af interventionen, når der sammenlignes med kontrolgruppen.

Personorienterede TTA-interventioner, hvor fokus er på den sygemeldtes coping og tanker:

- Der er ikke evidens for, at interventioner rettet mod den sygemeldtes kompetencer og personlige faktorer reducerer sygefraværslængden hos personer med mentale helbredsproblemer.
- Der er indikation for, at det mentale helbred forbedres hos modtagerne af TTA-interventionerne sammenlignet med modtagere af sædvanlig behandling, og at sygemeldte i indsatsgruppen er mere tilfredse med TTA-interventionen, end sygemeldte i kontrolgruppen er med den sædvanlige behandling.

Personorienterede og arbejdspladsorienterede TTA-interventioner, hvor fokus er på både coping, tanker og arbejdsrelaterede forhold:

- Der er indikation for, at interventioner gennemført af fagpersoner med ekspertise inden for arbejdsmiljø og arbejdsmarkedsforhold med fokus på både person- og arbejdsrelaterede faktorer reducerer sygefraværslængden hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer.
- De mentale helbredsproblemer blev i de pågældende studier forbedret både hos deltagere i interventionsgruppen og kontrolgruppen over tid. Der var ingen forskel imellem interventions- og kontrolgruppen på, hvor meget de mentale helbredsproblemer blev forbedret.

5.1. Forebyggelse af sygefravær, førtidigt arbejdsophør og forbedring af arbejdsevnen

Introduktion

Dette afsnit handler om studier af effekterne af forskellige slags interventioner, hvor formålet er at forebygge længerevarende sygefravær, fastholde medarbejdere i arbejde og/eller fastholde deres arbejdsevne.

Fælles for alle studierne er, at de handler om, hvordan forskellige interventioner kan forebygge eller behandle kliniske og arbejdsmæssige udfald (forværring af psykisk tilstand, sygefravær og arbejdsophør). Kun et enkelt af studierne i gennemgangen har dog førtidigt arbejdsophør som outcome. Da der endnu kun er foretaget få studier om interventioner, der kan forbedre arbejdsevnen, og disse studier også har forebyggelse af sygefravær og arbejdsophør som udfald, vil de blive gennemgået samlet.

De fleste studier, der undersøger interventioner, der kan forebygge sygefravær og arbejdsophør, er kendetegnet ved, at deltagerne ikke er sygemeldte, men ofte vil studierne handle om både sygemeldte og ikke-sygemeldte. Studierne er alle kendetegnet ved, at deltagerne har et arbejde.

Tre hovedspørgsmål søges besvaret:

- Hvilke interventioner er effektive til at forebygge sygefravær og arbejdsophør, og hvilke interventioner kan forbedre arbejdsevnen?
- Hvilke mentale helbredsproblemer kan forebygges?
- Hvilke anbefalinger kan der gives for at forebygge sygefravær og arbejdsophør og forbedre arbejdsevnen?

Afsnittets opbygning

Den udvalgte litteratur kan inddeles i tre typer af forebyggende interventioner:

1. Collaborative care (seks studier)
2. Enkeltstrengede interventioner (syv studier)
3. Organisatorisk intervention (ét studie)

Der er gennemført en del interventioner med *collaborative care*, som er en intervention, der oprindeligt er udviklet i primærsektoren, og hvor fokus er på, hvordan sundhedsprofessionelle bedst muligt kan arbejde sammen for at kunne vejlede patienter (EICP: The Enhancing Interdisciplinary collabora-

tion in Primary Health Care Initiative 2006). Collaborative care er den mest udbredte betegnelse, men "inter professional, shared eller team care" bruges ofte synonymt. Collaborative care betegner en måde, hvorpå forskellige sundhedsprofessionelle arbejder sammen for bedst muligt at kunne behandle personer med mentale helbredsproblemer ud fra en på forhånd beskrevet procedure.

Collaborative care indeholder følgende elementer:

- Case management: Interventionen indbefatter en person, der har ansvar for at koordinere, tjekke og støtte op om den enkeltes behandling og udveksle informationer mellem de professionelle og den sygemeldte. Dette kan fx indebære at følge op på, koordinere, støtte og motivere den sygemeldtes behandlingsaftaler.
- Kvalitet af behandling: Interventionen har til formål at forbedre kvaliteten af behandlingen i henhold til internationale guidelines. Dette kan være forskelligt fra intervention til intervention, men kan indeholde: tidlig opsporing, screening af medarbejderes behandlingsbehov og tilbud om hurtig og let adgang til behandling. Ofte vil det være behandleren, der trænes i at forbedre kvaliteten af behandlingen, mens case manageren vil forbedre behandlingen ved at koordinere behandlingen.

I gennemgangen er kun inkluderet de collaborative carestudier, der har et forebyggende sigte på arbejdsmæssige mål, såsom forebyggelse eller reduktion af sygefravær, arbejdsfapholdelse eller forbedring af arbejdslevnen.

Den anden type forebyggende intervention er kendetegnet ved at være *enkeltstrengede interventioner*, hvor hovedvægten typisk lægges på strukturerede samtaler med et psykoterapeutisk eller arbejdsorienteret fokus. Et psykoterapeutisk sigte vil ofte indebære, at en behandler og patient individuelt eller i gruppe afhjælper de mentale helbredsproblemer ved at fokusere på personens tanker og følelser. Det er i højere grad personlige emner og problemer, der tages op, og ikke nødvendigvis arbejdsmæssige problemer. Det kan typisk være kognitive adfærdsterapeutiske interventioner, hvor formålet er en bearbejdning og modificering af personens måde at håndtere tanke og følelsesliv på. Interventionerne arbejder således ikke direkte med ændringer på arbejdspladsen, såsom arbejdsmiljø, og udføres ofte uden for arbejdspladsen af psykologer, psykiatere eller andre behandlere. Omvendt formålet med enkeltstrengede interventioner med psykoterapeutisk sigte er at forbedre personens mentale helbred, kan de tænkes at have en indirekte virkning på den arbejdsmæssige funktion. Såfremt der sker ændringer i medarbejderens måde at håndtere tanke og følelsesliv på, kan det således medføre en forbedret funktions- og arbejdslevne.

Interventioner med et arbejdsorienteret fokus indebærer fokus på arbejdsrelaterede problemer, men kan også foregå uden for arbejdspladsen. Som navnet antyder, fokuserer disse interventioner på personens måde at håndtere mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen. I denne gennemgang ses udelukkende på enkeltstrengede interventioner, der undersøger, om samtaler med forskelligt sigte kan forebygge arbejdsophør eller sygefravær eller forbedre arbejdsevnen.

Der er kun et enkelt studie af en forebyggende *organisatorisk intervention*. Her foretager en virksomhed organisatoriske ændringer for at forebygge sygefraværet.

Evidensgrundlaget – gennemgang af studier med collaborative care

I dette afsnit redegøres for syv studier, der anvender collaborative care som en del af forebyggelsen af sygefravær og arbejdsophør og/eller forbedring af arbejdsevnen. Collaborative care sigter mod en forbedring af behandlingsindsatsen ved hjælp af en koordinering af flerstrengede indsatser.

Såfremt det enkelte studie er udgivet i flere artikler med forskellige resultater, vil de blive gennemgået samlet. Er der anvendt det samme datasæt, men forskellige inklusionskriterier og analyser, vil de blive gennemgået særskilt. De enkelte studier vil blive gennemgået enkeltvis. Der er angivet et nummer ud for hver enkelt undersøgelse, som refererer til projekterne i teksten og dataudtrækningskemaet sidst i afsnittet (Tabel 5.1.1).

Studie 1 og 2 (Wang PS et al. 2007; Wang PS et al. 2008)

Forskningsspørgsmål og design: Formålet med Wang et al.s studie i 2007 (NIMH-sponsored Work Outcomes Research and Cost-effectiveness Study) var at evaluere, om et udvidet telefonisk "care management" depressionsprogram havde bedre effekt på kliniske og arbejdsrelaterede udfald end sædvanlig behandling. Studiet var et randomiseret, kontrolleret forsøg med observationer efter seks og 12 måneder. Det foregik i USA, hvor adgang til lægelig behandling typisk bliver finansieret via forsikringer, som den enkelte medarbejder tegner igennem arbejdspladsen. Formålet med studiet var derfor også at evaluere, om det kan betale sig for arbejdsgivere at investere i denne form for udvidet behandling. Sidstnævnte hypotese blev afprøvet ved hjælp af NIMH-studiet, i Wang et al.s artikel fra 2008.

Målgruppe: Medarbejdere fra 16 forskellige virksomheder, der havde adgang til en bestemt sundhedsbehandling (United Behavioral Health), blev screenet for depression. Behandling indebærer specialiseret adfærdsmæssig behandling, der normalt ikke udbydes i primærsektoren. De deltagere, som det lykkedes at etablere et telefonisk interview med, og som over telefonen blev vurderet til at have en moderat depression, blev randomiseret i enten interventionsgruppen (IG) eller kontrolgruppen (KG). Målgruppen inkluderede både patienter, der var i arbejde og ikke i arbejde ved baseline. Det fremgik dog ikke, hvor stor en andel der var i arbejde, eller hvor mange af deltagerne der var sygemeldte. Tidligere episoder med mani eller misbrug, selvmordsrisiko, eller tidligere specialiseret behandling for mentale problemer førte til eksklusion af studiet.

Intervention: Alle deltagere, der vurderedes at have depression, blev opfordret til at søge behandling. De deltagere, der kom i kontrolgruppen, modtog sædvanlig behandling, der typisk bestod af tilbud om psykoterapi og/eller antidepressiva. Deltagerne i interventionsgruppen fik en udvidet behandlingspakke, der bestod af et telefonisk "care management"-program. Dette program indebar systematisk screening af depressive medarbejders behov for behandling, hurtigere adgang til evidensbaseret behandling (psykoterapi og/eller psykofarmakologisk behandling), overvågning og støtte undervejs i behandlingsforløbet samt telefonisk psykoterapi til de deltagere, der ikke kunne møde til en personlig samtale. Alle fik desuden via e-mail tilsendt en psykoedukativ arbejdsbog. Care management-programmet blev foretaget af en "care manager", der havde en kandidatuddannelse inden for et klinisk område. De deltagere, der havde forbehold over for at møde personligt op til behandlingen, kunne modtage struktureret psykoterapi over telefon (otte sessioner kognitiv adfærdsterapi). Den type behandling, deltagere modtog, blev bestemt efter det kliniske behov og deltagerens villighed til at acceptere behandling.

Udfald: De kliniske udfald blev målt ved baseline, seks og 12 mdr. og ved hjælp af den såkaldte "QIDS": Quick Inventory of Depressive Symptomatology, der måler sværhedsgraden af depression. De arbejdsmæssige udfald blev målt ved seks og 12 måneder af HPQ: WHO, Health and Productivity Questionnaire, som består af fire måleenheder: Antal arbejdstimer, jobfastholdelse (fyring, nyt arbejde, osv.), jobpræstationer (performance) samt kritiske arbejdspladsbegivenheder.

Resultater: Det viste sig, at medarbejdere, der havde modtaget care management, havde signifikant lavere symptomer på depression efter seks og 12 mdr. (odds ratio 1,4; 95 %-CI 1,1-2,0). Andelen, der forbedrede sig mærkbart (>50

%), var højere i interventionsgruppen (31 %) end i kontrolgruppen (21,6 %) med en odds ratio på 1,7 – dog først efter 12 måneder. Andelen af deltagerne, der kom sig fuldstændigt (≤ 5 på QUIDS), var større i interventionsgruppen (26 %) end i kontrolgruppen (17,7 %) – odds ratio 1,7 – men ikke signifikant efter 12 måneder.

Den samlede effektive arbejdstid var signifikant højere i interventionsgruppen, både ved seks og 12 mdr., svarende til at personerne i interventionsgruppen arbejdede ca. to timer mere pr. uge sammenlignet med kontrolgruppen. Dette svarer til to uger mere om året. Denne effekt kan tilskrives, at der var signifikant flere af deltagerne, der stadigvæk var i arbejde (92,6 % i interventionsgruppen mod 88 % i kontrolgruppen – odds ratio 1,7), og at de personer i interventionsgruppen, der stadig havde job, arbejdede 2,6 timer mere pr. uge end medarbejderne i kontrolgruppen.

På trods af en positiv tendens var der ikke signifikant forskel på præstationsniveauerne på arbejdet imellem de to grupper, hvilket kunne tyde på, at interventionen ikke er i stand til at påvirke arbejdsnærværet.

Der var ingen forskel på omfanget af andelen af negative begivenheder på arbejde mellem de to grupper. I procesevalueringen adskilte interventionsgruppen sig fra kontrolgruppen ved at modtage flere specialiserede behandlinger og ved at have dobbelt så mange behandlingskontakter, når kontakten til "care manager" blev medregnet.

Wang et al. argumenterer supplerende i sin artikel fra 2008 for de økonomiske fordele for arbejdsgivere ved at investere i denne intervention i forhold til disse arbejdsmæssige udfald. Der er dog mange økonomiske faktorer, der varierer fra arbejdsgiver til arbejdsgiver, hvorfor det konkluderes, at økonomiske analyser må tage højde for sådanne forskelle.

Sammenfatning: Studiet peger på, at et telefonisk "care management"-program kan reducere sværhedsgraden af depression og kan have en lille forebyggende effekt på arbejdsfasteholdelse og forøget ugentlig arbejdstid i løbet af en etårig periode for amerikanske medarbejdere, der accepterer at blive behandlet for depression.

Studie 3 (Wells KB et al. 2000)

Forskningsspørgsmål og design: Formålet var at undersøge, om et kvalitetsforbedrende program (QI: Quality improvement program) i primærsektoren i USA kan forbedre kliniske, helbredsmaessige og arbejdsmæssige udfald for depressive, når man sammenligner med sædvanlig behandling. Derudover

undersøgte studiet effekten af Quality improvementprogrammet på medicin (Q1) og psykoterapi (Q2) og kombinationen heraf. Den randomiserede, kontrollerede undersøgelse foregik ved at matche lægeklinikker i blokke af tre, hvorefter de blev randomiseret til at foretage sædvanlig behandling eller et af de to kvalitetsforbedrende programmer (Q1 og Q2). Effekten blev observeret over et år.

Målgruppe: Lægeklinikkerne blev udvalgt, hvis de tilhørte en bestemt "managed care"-organisation. Patienter blev screenet (The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview – CIDI) og undersøgt for depression, efter de havde henvendt sig i primærsektoren. Deltagere blev inkluderet, hvis de havde en "formodet depression" og havde adgang til klinikken i studieperioden. Det er ikke beskrevet, om medarbejdere var sygemeldte fra deres arbejde eller ej, men formodentlig er begge grupper inkluderet.

Intervention: Implementering af det kvalitetsforbedrende program i klinikker i interventionsgruppen bestod af indsatser i de enkelte klinikker for at forbedre enten den medicinske eller terapeutiske behandling (Q1 medicinsk, Q1 terapi). Interventionen bestod af fire elementer:

1. Klinikken forpligtede sig til at reservere halvdelen af sine ressourcer til interventionsprogrammet, mens den anden halvdel blev betalt af interventionsstudiet.
2. Træning af lokale ledere af klinikkerne til manualbaseret behandling efter gældende nationale guidelines samt træning i principperne i collaborative care.
3. Træning af lokalt personale i klinisk vurdering, psykoedukation og gradvis aktivering.
4. Patientidentifikation, hvor patienter med depression blev opsøgt og tilbudt konsultation inden for to uger efter indrullering i studiet.

QI-medicin bestod i, at lokale sygeplejersker blev oplært til at udføre opfølgingsvurderinger (follow-up assesment) og støtte op om fortsat behandling ved seks og 12 måneder. Deltagerne havde adgang til sædvanlig terapeutisk behandling, men ikke QI-terapi.

QI-terapi bestod i, at lokale psykoterapeuter blev trænet i at udføre manualbaseret individuel eller gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi, 12-16 sessioner. Egenbetalingen til denne terapiform blev reduceret for deltagerne i interventionsgruppen. Patienter havde adgang til andre terapier efter ønske

efter sædvanlig betaling. Korterevarende fire sessioners kognitiv adfærdstherapie blev foreslået til patienter med mindre depressioner.

Udfald:

1. De depressive symptomer blev målt ved baseline og follow-up ved hjælp af 23 items på den såkaldte CES-D-skala.
2. Helbredsmæssige udfald (HRQOL og SF12). Scoringer blev standardiseret i henhold til den generelle population, og højere scores indikerede bedre helbred.
3. Brug af helbredsservice blev målt som det samlede antal besøg hos lægen i forbindelse med medicin, og besøg hos psykiatere i de seneste seks mdr.
4. Behandlingens kvalitet blev vurderet mhp., om den medicin og den dosis, der blev anvendt i de sidste 30 dage før, ved baseline samt ved seks og 12 mdr.s opfølgning var i henhold til guidelines. Derudover blev det registreret, om personerne også havde modtaget individuel, gruppe- eller familierådgivning i de sidste seks mdr.
5. Beskæftigelse. Her blev der anvendt selvrapporterede data om beskæftigelse fra screeningsredskabet og telefonundersøgelsesdata ved baseline og ved follow-up.
6. Variabler med potentiel betydning for outcome, dvs. alder, køn, uddannelse og kroniske medicinske tilstande, blev registreret.

Resultater: De patienter, der havde modtaget behandling i en klinik med et QI-program (dvs. enten Q1 eller Q2), fik behandling af signifikant bedre kvalitet end kontrolgruppen. Den medicinske intervention (Q1) havde signifikant mere udtalt og vedvarende effekt end den psykoterapeutiske intervention (Q2). Deltagere i interventionsgruppen (IG) havde signifikant bedre forskellige helbredsmæssige udfald (dog ikke mht. det fysiske helbred) end deltagerne i kontrolgruppen (KG), og der var signifikant færre i interventionsgruppen, der havde en formodet depression ved seks mdr. (IG = 40 %, KG = 50 %) og 12 måneder (IG = 42 %, KG = 51 %), end deltagerne i KG.

I forhold til det arbejdsrelaterede mål resulterede QI-programmet i, at signifikant flere patienter fastholdt deres arbejde sammenlignet med kontrolgruppen efter et år (90 % i IG, mod 85 % i KG). Så man kun på de deltagere, der ikke havde arbejde ved baseline, var der ingen forskel imellem de to grupper på, hvor mange der kom i arbejde.

Sammenfatning: Studiet viste, at en forbedring af kvaliteten af depressionsbehandling i primærsektoren kan reducere forekomsten af formodet depression og give en lille, men signifikant stigning i andelen af medarbejdere, der beholder deres arbejde.

Studie 4 (Schoenbaum et al. 2002)

Forskningsspørgsmål og design, målgruppe og interventioner

Schoenbaum et al. 2002 anvendte det samme datasæt som Wells et al. 2000, men med vigtige forskelle, der adskiller de to. Schoenbaum et al. 2002 delte deltagerne op i to målgrupper, uanset om de tilhørte kontrol- eller interventionsgruppen: De deltagere, der modtog en passende behandling, og de deltagere der ikke gjorde det i henhold til internationale guidelines. Således er målgruppen ikke inddelt efter randomiseringsprincipper. 65,8 % af populationen var i arbejde ved baseline, og der blev ikke set på, om de var sygemeldte eller ej.

Formålet med studiet var at vurdere, om deltagere, der får passende behandling af depression i henhold til internationale guidelines, får bedre klinisk og arbejdsmæssig status sammenlignet med de deltagere, der ikke får passende behandling.

Udfald: Samme som i studie 2, men med øget fokus på kvalitet af behandling.

Resultater: Ud af de patienter, der modtog passende behandling, var der flere, der havde det dårligere end dem, der ikke modtog passende behandling. De havde dog en bedre fastholdelse af deres arbejde, end hvad man kunne forvente, ud fra hvor dårligt de havde det i udgangssituationen. Fastholdelse af arbejde (hvis man var i arbejde ved baseline) var signifikant højere for dem, der modtog passende behandling sammenlignet med dem, der ikke gjorde det (72 % mod 53 %). De havde også signifikant lavere forekomst af depression efter et år (24 % mod 70 %) og bedre livskvalitet (24 % mod 70 %).

Sammenfatning: Studiet viste, at en større andel af dem, der modtog en behandling af depression, der lever op til internationale guidelines, fik reduceret kliniske symptomer og fastholdt det samme arbejde (19 procentpoint flere) end af dem, der ikke modtog passende behandling. Der kan dog være vigtige forskelle mellem de to grupper, der skaber usikkerhed om konklusionerne, da de to grupper, der blev sammenlignet, ikke var baseret på randomisering. Dette også selvom der blev taget højde for registrerede forskelle mellem deltagerne i de to grupper i analysen.

Studie 5 (Rollman BL et al. 2005)

Forskningsspørgsmål og design: Dette studie undersøgte, hvorvidt telefonbaseret collaborative care har en større effekt på helbredsmæssige og arbejdsmæssige konsekvenser af panikangst og generaliseret angst sammenlignet med en kontrolgruppe, der modtager sædvanlig behandling. Resultaterne blev fulgt

over et år. Det var praktiserende læger, der blev blokrandomiseret i hhv. kontrolgruppe eller interventionsgruppe.

Målgruppe: Deltagerne blev rekrutteret fra fire praksisser i primærsektoren i USA og blev inkluderet, hvis de led af panikangst (PD: Panic Disorder) og/eller generaliseret angst (GAD: Generalized Anxiety Disorder). Studiet ekskluderede på forhånd deltagere med sværere psykopatologi, personer, der havde misbrug eller var i risiko herfor, og/eller personer, der allerede modtog behandling fra en professionel (fx psykolog). Der foreligger ikke oplysninger om, hvor stor en andel af medarbejderne, der var sygemeldt, men 60 % havde et arbejde ved baseline.

Interventioner: Interventionen bestod i, at to professionelle, der ikke normalt beskæftiger sig med mentale helbredsproblemer (care managers), over telefonen tilbød deltagerne psykoedukation, afdækkede behandlingsbehov og -præferencer, gav vejledning til patient og praktiserende læge om medicin, anbefalede viderehenvisning til psykiater, målte behandlingseffekt og fulgte op på behov for viderehenvisning. Derudover fulgte care manageren med i deltagerens arbejde med en udleveret psykoedukativ bog med dertil knyttede øvelser. Alle informationer blev udvekslet med deltagerens egen læge. Care manageren modtog supervision af en erfaren sundhedsprofessionel efter behov. Deltagere i interventionsgruppen var i kontakt med care manager ca. syv gange i forløbet. Kontrolgruppen fik sædvanlig behandling, men blev af etiske årsager informeret om deres angstdiagnose mundtligt og skriftligt af forskerne.

Udfald: Angst, depressive symptomer, livskvalitet samt brug af sundhedssystemet. De sekundære udfald var arbejdsstatus i form af sygefravær i antal dage i den seneste måned. Det fremgår ikke tydeligt, hvordan dette udregnes, men angiveligt via selvrapportering. Der blev indsamlet data ved baseline samt efter to, fire, otte og 12 mdr.

Resultater: De deltagere, der fuldførte interventionen, havde signifikant bedre kliniske udfald, herunder færre symptomer på angst og depression, og bedre livskvalitet sammenlignet med deltagere i kontrolgruppen ved 12 mdr.s opfølgningen. Interventionsgruppen og kontrolgruppen havde det samme antal kontor- og telefonkontakter med deres primære kontaktperson i løbet af det ene år. I forhold til arbejdsstatus havde deltagere, der fuldførte interventionen, signifikant flere ugentlige arbejdstimer (5,7 timer) og signifikant færre sygedage (2,6 dage i den sidste måned) sammenlignet med kontrolgruppen. Så man udelukkende på de deltagere, der var i arbejde fra begyndelsen, var der signifikant flere, der fastholdt deres arbejde (en stigning på 15 procent-

point), arbejdede signifikant flere timer pr. uge (8,8 timer flere) og havde signifikant mindre sygefravær i den sidste måned (1,6 dage) sammenlignet med kontrolgruppen.

Sammenfatning: Resultaterne viser, at collaborative care i primærsektoren i USA kan forbedre symptomer, arbejdsfastholdelse, sygefravær og ugentligt antal arbejdstimer for personer med generaliseret angst og panikangst. Der var en lille effekt på sygefraværet og en lille til middelstor effekt på det ugentlige antal arbejdstimer og arbejdsfastholdelse. For de deltagere i interventionsgruppen, der var i arbejde ved baseline, blev det ugentlige antal arbejdstimer forøget (5,7 timer; 95 %-CI 0,1-11,3), mens sygefraværet blev mindre (1,6 dag/måned). Der kan være flere forhold, der skaber usikkerhed om tolkningen af disse resultater. Det fremgår ikke klart, hvordan arbejdsmæssig status blev målt, og eventuelle bias i den forbindelse er det ikke muligt at vurdere. Derudover behandlede de samme læger deltagere fra både interventions- og kontrolgruppe, og det er således uvist, om lægerne på basis af egne forventninger til studiets resultater har afvejet fra, hvordan de normalt vil foretage behandling. Deltagerne modtog betaling for deltagelse, hvilket kan have medført, at deltagere, der måske ikke er motiveret for behandling, modtog behandling alligevel. Derudover vidste en stor andel af deltagere, hvilken behandlingsgruppe de tilhørte.

Studie 6 & 7 (Lo Sasso et al. 2006; Rost et al. 2004)

Forskningsspørgsmål og design: Rost et al. 2004 undersøgte, hvorvidt en intervention rettet mod at forbedre primærsektorens behandling af depression kan forbedre depressives produktivitet på arbejdet og fravær over en toårs periode. Der blev foretaget klyngerandomisering på primærpraksisniveau, hvor lægerne blev inddelt i to grupper: Udvidet eller sædvanlig behandling over en periode på to år. Opfølgning foretages ved Lo Sasso et al. 2006, der foretog en cost-benefit-analyse af depressionsbehandlingen i forskellige arbejdspladssammenhænge. Udgangspunktet her tages i Rost et al.s studie fra 2004.

Målgruppe: 12 kommunale praksisser (primærsektoren) rekrutterede patienter på rutinebesøg, der blev screenet for major depression (DSM III-R) i de sidste to uger. De patienter, der havde haft alkoholmisbrug, mani, var gravide, havde livstruende sygdomme, ikke havde telefonadgang og / eller ikke mestrede engelsk, blev ekskluderet. 68 % af deltagere var i arbejde ved baseline, og denne gruppe blev undersøgt hvad angår individuel produktivitet og sygefravær. Hvor mange af de resterende deltagere, der var sygemeldt, er ikke oplyst.

Intervention: De seks primære praksisser, der indgik i interventionsgruppen, fik kort undervisning i at tilbyde udvidet håndtering af patienter med depression. Læger og care managers fik kort oplæring i at tilbyde udvidet håndtering af patienter med depression i den akutte fase og efter behandling. Interventionen bestod i at opfordre patienter til medikamentel og psykoterapeutisk behandling. Hver patient fik en care manager, der regelmæssigt fulgte op telefonisk for at høre om deltagernes respons på behandlingen og monitorere depressionsniveauet. Informationerne blev videregivet til lægerne, som justerede behandlingen efter behov. Det lykkedes care managers at komme i kontakt med størstedelen i interventionsgruppen, der modtog ca. 12 telefonsamtaler eller personlige samtaler af 10-15 minutters varighed over de to år.

Udfald: Arbejdsmæssige udfald for deltagere i arbejde blev målt i form af selvrapporteret produktivitet (effektivitet på arbejdet på en skala fra 0-10 for de sidste to uger) og selvrapporteret sygefravær (totale antal tabte arbejdstimer på grund af sygefravær og lægebesøg inden for de sidste fire uger). Cost-benefit-analysen blev beregnet ud fra den daglige indtjening. Data blev indsamlet efter seks, 12, 18 og 24 måneder.

Kvalitet af behandlingen blev målt som selvrapporteret brug af antidepressiva angivet i måneder og behandling hos specialister. Der blev anvendt validerede skalaer til at måle symptomer på depression og "emotional role function".

Resultater: Der var signifikant flere deltagere i interventionsgruppen, der modtog specialiseret behandling, og der var tendens til, at deltagerne i interventionsgruppen modtog antidepressiva i længere tid ($P = 0,10$) ved den toårige opfølgning end deltagere, der modtog sædvanlig behandling. Der var en begrænset effekt på sværhedsgraden af depressionen og ingen effekt på emotional role functioning sammenlignet med deltagere, der modtog sædvanlig behandling. I forhold til den arbejdsmæssige status forbedrede interventionen signifikant produktiviteten (6,1 procentpoint), og der var tendens til, at fraværet blev forbedret med 22,8 procentpoint – eller i alt 10,6 dage mere ($P = 0,06$) – end deltagerne i kontrolgruppen. Effekten var generelt større for gruppen af deltagere, der var i arbejde på alle måletidspunkterne (produktivitet forbedret med 8,2 procentpoint og sygefraværet reduceret med 28,4 procentpoint i forhold til kontrolgruppen).

Lo Sasso fandt, at behandlingen var økonomisk rentabel. Den udvidede depressionsbehandling resulterede i en gennemsnitlig besparelse for arbejdsgiver på 30 dollars pr. deltagende medarbejder det første år og på 257 dollars

pr. deltagende medarbejder i det andet år. Det vil sige et 302 % "afkast af investeringen" for arbejdsgiveren.

Sammenfatning: Interventionen havde begrænset effekt på svær depression og påviste kun en tendens til forbedret sygefravær samt en lille stigning i produktiviteten sammenlignet med kontrolgruppen. Effekten var generelt bedre for de deltagere, der var i arbejde, sammenlignet med kontrolgruppen. Desuden blev interventionen fundet økonomisk rentabel for arbejdsgiveren. Der kan dog drages usikkerhed om de arbejdsrelaterede udfald, da data var selvrapporteret.

Opsummering af collaborative carestudier

Om collaborative cares forebyggende virkning på sygefravær kan det siges, at der kun var ét studie, der undersøgte dette (Studie 5 (Rost 2005)). Studiet fandt dog, at sygefravær som følge af depressive symptomer / depression blev signifikant reduceret med 22,8 procentpoint på et år, og at medarbejderens produktivitet steg med 6,1 procentpoint. Effekten blev mærkbart forbedret, såfremt man kun så på gruppen af deltagere, der var i arbejde på alle de undersøgte tidspunkter. Her faldt sygefraværet med 28,6 procentpoint, og produktiviteten steg med 8,2 procentpoint sammenlignet med kontrolgruppen. Dette studie anvendte dog selvrapporterede data og kan være biaspåvirket, idet det kan være svært for deltagerne at huske sådanne informationer præcist. Der var også kun ét studie, der undersøgte, om collaborative care havde virkning på sygefravær som følge af panikangst og / eller generaliseret angst (Studie 4 (Rollman BL et al. 2005)). Her faldt sygefraværet signifikant med 2,6 dage i den seneste måned i forhold til kontrolgruppen. Metodemæssige mangler gør dog tolkningen af resultaterne usikker.

Collaborative care havde en positiv effekt på arbejdsfastholdelse efter et år hos de deltagere, som havde depression eller depressive symptomer (5-15 procentpoint bedre end kontrolgruppen) (Studie 1 (Wang PS et al. 2007; Wang PS et al. 2008)). Såfremt deltagerne fik en behandling, der lever op til internationale guidelines, var effekten mere udtalt (10 procentpoint bedre end de deltagere, der fik behandling, der ikke levede op til guidelines (Studie 3 (Schoenbaum et al. 2002))). I disse studier er brug af selvrapporterede data mindre problematisk, da det kan afrapporteres mere simpelt og præcist (fx "Er du i arbejde? ja/nej"). Ser man på collaborative cares virkning på arbejdsfastholdelse for personer med angst, viste Rollman et al. (2005) en middelstor effekt på arbejdsfastholdelse (15 procentpoints forskel mellem interventionsgruppe

og kontrolgruppe) (Studie 4). Igen må der tages forbehold for disse resultater på grund af metodemæssige mangler i studiets design.

Med hensyn til virkningen af collaborative care på arbejdsevnen ses en mindre forbedring på den ugentlige arbejdstid (2,6 timer pr. uge) (Studie 1: Wang, 2007) og produktivitet (6,1-8,2 procentpoint bedre) (Studie 5; Rost et al, 2005; La Sasso et al. 2006) for personer med depression. Her kan der dog sås tvivl om, hvor præcist dette er målt, da det er baseret på selvrapportering. Metodemæssige mangler skaber usikkerhed omkring, hvorvidt den ugentlige arbejdstid for personer med angst reelt blev forbedret 5,7 timer ugentligt (Rollman et al. 2005).

Alle studier påviste en forbedring af mentale helbredsproblemer som følge af interventionen.

Tabel 5.1.1. Dataudtrækningskema over inkluderede interventioner med collaborative care for sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs!
1. Wang et al. 2007, 2. Wang et al. 2008, USA	RCT, 12 mdr.s follow-up. Effekt af screening og udvidet depressionsbehandling på kliniske, arbejdsmæssige og økonomiske udfald	Depressive medarbejdere fra virksomheder	IG: Screening og telefonisk care management. Psykotrope/antidepressiva telefonbaseret CBT for udvalgte KG: TAU: psykoterapi + antidepressiva	Depression (QIDS): symptomforbedring, recovery Arbejdsudfald: HPQ: Arbejdstimer, jobfastholdelse, jobperformance, kritiske arbejdspladsbegivenheder	IG: Bedre symptomlletelse og recovery v. 6 og 12 mdr. (OR = 1,7). Signifikant højere jobfastholdelse (5 % point). Flere timer i arbejde (2,6 t pr. uge). Ikke bedre job performance. Ingen forskel på negative arbejdspladsbegivenheder	Screening og udvidet depressionsbehandling forbedrer kliniske og arbejdsmæssige udfald. Rentabel investering for arbejdsgivere	Ekstern validitet: Kun generaliseres til samme faggrupper samt interventioner, der er frivillige. Evt. sygemelding ikke oplyst
3. Wells et al. 2000, USA	RCT af klinik, 12 mdr.s follow-up. QI-programmer forbedrer behandlingskvaliteten, helbreds- og arbejdsmæssige udfald	Depressive fra klinikker	IG: QI: Implementering i klinik, behandling iht. Guidelines (QI medicin og QI psykoterapi). KG: TAU (medicin og psykoterapi)	Behandlingsstatus: Antidepressiva, klinik besøg. Depression CES-Scale Helbredsudfald: og HRQOL. Arbejde: selvrapporteret v. baseline, 6 & 12 mdr. follow-up	6 og 12 mdr. s signifikant flere IG rådgivning/antidepressive, uden flere klinikbesøg. IG signifikant mindre depression end KG (10 % point). IG bedre arbejdsfastholdelse end KG (5 % point forskel)	QI giver forbedret behandlingsmuligheder for depression, bedre kvalitet, mentale helbredsudfald og fastholdelse af arbejde	Evt. sygemelding, ikke deltagere, ikke oplyst
4. Schoenbaum et al. 2002, USA	CT, 6 mdr.s follow-up. Guidelinebaseret behandling af depression i primærsektoren forbedrer klinisk og arbejdsmæssig status	Samme sample som Wells et al., 2000 Depression CIDI > = 1 uge i sidste 30 dage. Klinikker i primærsektoren.	IG: Passende behandling iht. Guidelines. KG: Ikke passende behandling	Baseline & 6 mdr. Behandlingsstatus. Klinisk status: MCS-12; SF-12. Selvrapporteret arbejdsstatus (6 mdr.)	6 mdr. patienter med passende behandling signifikant. Lavere rate af depression (46 % point). Bedre livskvalitet (46 % point). Højere forekomst af arbejdsde (19 % point)	Bedre behandling i primærsektoren giver bedre kliniske og arbejdsmæssige udfald	Ikke RCT om end samme dataset som Wells et al. 2000 Evt. sygemeldte ikke oplyst

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs!
5. Rollman et al. 2005, USA	RCT med 1 års followup. Telefonbaseret CC forbedrer kliniske og funktionelle udfald	Primærsektoren (PD) og/eller Generalised anxiety disorder (GAD), 60 % i arbejde	IG: CC KG: TAU praktiserende læge	Primære udfald: Klinisk (angst, depression, livskvalitet) SIG-A, PDSS, SF-12 MCS Sekundære udfald: Selvrapporteret arbejdsstatus, arbejdstimer pr. uge, sygefravær i dage	IG: Signifikant bedre kliniske udfald. Signifikant flere ugentl. arbejds-timer i IG (5,7 t/uge). Signifikant færre sygefraværsdage i sidste måned (2,6 d/mdr.). Deltagere i arbejde ved baseline: IG: Signifikant flere fastholdt i arbejde (94 % vs. 79 %). Signifikant flere arbejdstimer (8,3 t/uge). Signifikant færre sygedage (1,6 dag/md)	Telefonbaserede CC for PD og GAD er mere effektive end TAU Andel af sygemeldte ikke oplyst. Læger behandlede både IG og KG. Stor andel af pt. vidste, om de var i IG eller KG. Stort dropout undervæjse, kun analyse af deltagere, der fuldførte intervention	
6 og 7 Rost K et al. 2004, Lo Sasso AT et al. 2006, USA	RCT lægepraksis, 2 års followup. Forbedring af lægepraksis håndtering af depressionsbehandling forbedrer kliniske og økonomiske udfald i en toårs periode	Primærsektor. Major depression sidste to uger, 68 % i arbejde	IG: telefonisk/personlige sessioner motivere til medicinsk og/eller psykoterapeutisk behandling. Case management iht. behandlingsrespons KG: TAU	Opfølgning ved 6, 12, 18 og 24 måneder. Arbejds-mæssige udfald: Selvrapporteret produktivitet, sygefravær, daglig indtjening. Kliniske udfald: Brug af antidepressiva, sværhedsgrad af depression, emotional role functioning	IG signifikant forbedret produktivitet og tendens til mindre sygefravær (p = 0,06). Behandlingen er økonomisk rentabel, for deltagere allerede i arbejde. Begrænset effekt på sværhedsgrad af depression og ingen effekt på emotional role functioning	Intervention begrænset effekt på sværhedsgrad af depression, men påviser dog tendens til forbedret sygefravær, samt en forbedret effekt af produktivitet	Selvrapporteret data på produktivitet og sygefravær. Evt. sygemelding ikke oplyst
Forklaring BDI: Beck Depression Index (Beck et al. 1961, 1988) CAGE: Patient questionnaire < CAGE: Cut down on drinking CES-Scale: Center for Epidemiologic Studies depression scale, Ford, 1996 DASS: Depression Anxiety Stress Scale DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (APA, 1993) DWHQ: The Dutch Work and Health Questionnaire 4DSQ: Four-Dimensional Symptom Questionnaire HAUS: Hospital Anxiety Depression Scale HRQL: Health-related quality of life HQ: World Health Organization Health and Productivity Questionnaire MCS-12: Global mental health scale MBI: NLI: Maslach Burnout Inventory PDSS: Panic Disorder Severity Scale PRIME-MED: brief self-administered Patient Questionnaire portion of major depression QDS: Questionnaire Organization Stress QIDS: Quick Inventory of Depressive Symptomatology SHC: A scoring system for subjective health complaints (Eriksen, Rübbeck & Usin, 1999) UCL Utrecht Coping List KG = Kontrolgruppe OIE = Odds Ratio OT = Occupational therapy OE = Quality improvement RCT = Randomised controlled trial SFT = Stress inoculation training (Möchenbaum, 1993) TAU = Treatment as usual TTA = tilbage til arbejde WORCS: Work Outcomes Research and Cost-effectiveness study (NIMH-Harvard)							

Evidensgrundlaget – gennemgang af studier med enkeltstrengede interventioner

I dette afsnit redegøres for syv studier, der anvender enkeltstrengede personrelaterede interventioner til at forebygge mentale helbredsproblemer og deres virkning på arbejdsevne, sygefravær og/eller arbejdsophør. Ingen studier har set alene på arbejdsophør. Der er fem randomiserede, kontrollerede studier og ét ikke-randomiseret, kontrolleret studie, der alle undersøger effekten af personrelaterede interventioner. Der er tillige inkluderet et enkelt observationelt studie, da det undersøger, om behandling af en vis kvalitet har en effekt på sygefravær.

Der er i denne gennemgang udvalgt syv undersøgelser, der lever op til søgekriterierne. Disse bliver gennemgået nedenfor, og dataudtrækning heraf er vist i Tabel 5.1.2 sidst i afsnittet.

Studie 1 (van Rhenen et al. 2007)

Forskningsspørgsmål og design: Formålet med et studie af van Rhenen et al. (2007) var at undersøge effekten af to korterevarende præventive stress managementprogrammer på sygefravær: En kognitiv og en fysisk intervention. Hypotesen var: Er en kort, kognitiv intervention mere succesfuld end en kort, fysisk intervention i forhold til at reducere sygefravær hos stressede eller ikke-stressede medarbejdere? Studiet undersøgte hypotesen ved at inddele medarbejdere i stressede og ikke-stressede alt efter medarbejdernes score på en stressskala, hvorefter de blev randomiseret til kognitiv eller fysisk intervention. Der blev anvendt en referencepopulation til at sammenligne de fire interventionsgrupper med. Effekten blev fulgt over et år.

Målgruppe: Deltagerne blev rekrutteret fra en stor televirksomhed i Holland. De fire grupper, der alle modtog interventioner, var stressede: fysisk eller kognitiv intervention hhv. ikke-stressede: fysisk eller kognitiv intervention. Referencepopulationen bestod af tilfældigt udvalgte fra virksomheden.

Udfald: Effekten af interventionen blev målt på sygefravær i en periode på et år. Sygefraværet blev målt på fem forskellige udfald (frekvens, incidens, den samlede længde, varighed af sygefraværsperioder og tid indtil en ny sygemelding).

Intervention: Både den fysiske og kognitive intervention anvendte Meichenbaums "Stress inoculation training" (SIT). Denne intervention tog udgangspunkt i kognitive adfærdsterapeutiske principper, der både indeholder fysiske og psykiske måder at håndtere stress på, herunder bl.a. psykoedukation,

dvs. tilegnelse af problemløsende færdigheder i forhold til stress. Til sidst søgtes de nye færdigheder overført til praksis ved hjælp af øvelser på arbejdet og derhjemme. Forskellen mellem de to interventioner var, at formålet med den kognitive intervention var at forbedre mestringsevnen samt omstrukturere irrationel tænkning, mens den fysiske intervention bestod af træning og afspænding. Begge grupper modtog 4 x 1 times sessioner over en periode på otte uger. Interventionen blev foretaget i arbejdstiden.

Resultater: Resultaterne viste, at der ikke var nogen overordnet effekt af de to interventioner på sygefraværet sammenlignet med referencegruppen. For de medarbejdere, der var stressede og havde modtaget den fysiske intervention, viste der sig dog en marginal forbedring i form af et fald i antallet af nye tilfælde af sygefravær (Incidensrate 0,62; $p < 0,02$) og i frekvensen af sygefraværet (-0,37 gange pr. år, $p < 0,05$) sammenlignet med referencegruppen. Dog var der ikke nogen signifikant effekt på den samlede længde af sygefraværet eller på den tid, det tog indtil ny sygemelding. Det kunne ud fra resultaterne ikke påvises, at den kognitive intervention var mere effektiv end den fysiske. Overraskende blev stressede medarbejdere, der havde modtaget kognitiv adfærdsterapi, hurtigere sygemeldte igen. Dog blev sygefravær i form af frekvens, incidensrate, den samlede længde eller varighed af sygefravær dog ikke forøget som følge af den kognitive intervention. Forfatterne mener derfor, at den hurtigere sygemelding kan tilskrives en ny måde at tackle stresssymptomer på, hvor man hurtigere reagerer på symptomer og forebygger forværring ved sygemelding, som følge af den kognitive intervention.

Sammenfatning: Der er nogle vigtige metodiske begrænsninger, der gør følgende konklusion usikker: At der ikke var nogen overordnet effekt på sygefravær af at give stressede medarbejdere enten kognitiv eller fysisk intervention i form af stress inoculation training. Omend studiet angiver at være en randomiseret, kontrolleret undersøgelse, indgik referencegruppen ikke i randomiseringen, og studiet havde således ikke en sammenlignelig kontrolgruppe. Derudover kan der have været selektionsbias, idet der kun var få, der accepterede at modtage interventionen, ligesom medarbejderne blev klassificeret som stressede eller ikke-stressede fra starten.

Studie 2 (van Dierendonck et al. 1998)

Forskningsspørgsmål og design: Et studie af van Dierendonck et al. (1998) undersøgte effekten af en intervention, der skal forhindre udbrændthed hos medarbejdere, hvis arbejde består af pleje af mentalt handicappede. Studiet efterprøvede hypotesen, at deltagere, der modtager interventionen mod udbrændthed, vil blive mindre udbrændt og vil opleve mindre uligevægt i relation til både organisationen og modtagere af pleje, ligesom sygefraværet

vil falde i året efter interventionen. Studiet anvendte et kvasiekperimentalt design med en interventionsgruppe og to kontrolgrupper (en intern og en ekstern). Der var opfølgning et år efter, at interventionen mod udbændthed var afsluttet.

Målgruppe: Deltagerne blev rekrutteret fra en mellemstor virksomhed i Holland. Deltagerne var udelukkende personale, der var i direkte kontakt med mentalt handicappede i det daglige arbejde. De deltagere, som mellemedere udpegede til at kunne få mest gavn af interventionen, og som accepterede interventionen, blev tilbudt programmet. Da mellemederne også blev trænet i at udøve interventioner mod udbændthed, og man derfor frygtede en "afsmittende" effekt, blev der både inkluderet en intern og en ekstern kontrolgruppe. Den interne kontrolgruppe bestod af medarbejdere fra den samme virksomhed, mens den eksterne kontrolgruppe bestod af medarbejdere i en lignende hollandsk virksomhed.

Intervention: Programmet mod udbændthed tog udgangspunkt i kognitive adfærdsterapeutiske principper tillige med udgangspunkt i "equity theory", der fokuserer på reduktion af medarbejderens eventuelle ubalance mellem mål og forventninger fra både arbejdsplads og modtagerne af pleje. Såfremt forventninger fra den ansatte og arbejdspladsen eller modtagerne af plejen ikke kunne ændres eller gøres mere realistisk, blev der opfordret til en karriereændring. Interventionen indeholdt desuden øvelse i afslapningsteknikker samt udarbejdelse af en udviklingsplan for det efterfølgende år. Der var fem ugentlige gruppesessioner med 6-8 deltagere. Programmet blev udført af psykolog. Der var et seks mdr.s opfølgningsmøde. De to kontrolgrupper modtog ingen intervention.

Udfald: Udbændthed blev målt på tre underskalaer: Følelsesmæssig udmattelse, depersonalisering og oplevelse af reduceret personlig kompetence (MBI: Maslach Burnout Inventory). Graden af støtte, de modtog fra ledere og kollegaer (følelsesmæssig, evalueringsmæssig, informativ, instrumental) blev også målt, ligesom der blev spurgt til, om de havde intentioner om at forlade arbejdspladsen inden for det næste år. Sygefravær blev målt ved hjælp af registerdata fra virksomheden et år før og et år efter interventionen i form af hyppighed og varighed af ny fraværsperiode.

Resultater: Resultaterne viste, at deltagere, der havde modtaget interventioner, ikke så hyppigt var udbændte efter interventionen som kontrolgrupperne. Effektens størrelse blev dog betegnet som lille (0,26) ud fra Cohens kriterier. Det viste sig også, at effekten blev medieret af omfanget af social støtte. Medarbejdere, der modtog mere social støtte fra enten kollegaer eller

deres overordnede, fik et mere harmonisk forhold til arbejdspladsen sammenlignet med dem, der modtog mindre støtte. Endelig viste det sig, at når deltagere i interventionsgruppen meldte sig syge, havde de signifikant kortere sygefraværsperioder end før interventionen, sammenlignet med den interne kontrolgruppe. Denne effekt sås ved, at varigheden af sygefraværsperioden hos interventionsgruppen faldt 1,3 dage, mens den steg 5,1 dage hos den interne kontrolgruppe. Interessant var det dog, at frekvensen af sygefraværet ikke var signifikant mindre sammenlignet med den interne kontrolgruppe. Det samlede sygefravær blev efter en udregning ud fra de fremviste tabeller reduceret med 2,6 dage på et år for interventionsgruppen, mens det steg 7,3 dage i den interne kontrolgruppe.

Sammenfatning: Undersøgelsen viste, at intervention baseret på "equity theory" og indeholdende kognitiv adfærdsterapi mod udbrændthed kunne reducere forekomsten af udbrændthed samt varigheden af sygefraværsperioder, men ikke hyppigheden af sygefraværet. Der skal tages forbehold for resultaterne, da der i denne undersøgelse ikke blev foretaget randomisering, ligesom deltagerne blev særligt udvalgt til at deltage i interventionen. Derudover var det kun halvdelen af de udvalgte, der accepterede interventionen. Således kan det ikke udelukkes, at det er vigtige forskelle mellem deltagerne i de grupper, der sammenlignes, der skaber effekten, og ikke interventionen.

Studie 3 (Rost et al. 2005)

Forskningsspørgsmål og design: Dette studie undersøgte, om en administrativ database, der registrerer forbrug af antidepressiv medicin og psykoterapi, kan forudsige ændringer i sygefraværet i en etårs periode for de medarbejdere, der påbegynder en ny behandling mod depression. Der var tale om en observationel undersøgelse: Der blev således ikke foretaget nogen intervention, men alene en observation af, hvorvidt de personer, der modtog behandling (psykofarmakologisk eller psykoterapeutisk) inden for de første seks måneder, havde reduceret sygefravær i en periode på 12 mdr. sammenlignet med medarbejdere, der ikke modtog medicin.

Målgruppe: Medarbejdere fra "health plans" i Holland, der ved screening blev konstateret depressive (screeningen bestod i et såkaldt "index primary care visit"), som samtidig havde haft tidligere depressiv(e) episode(r), og som var i arbejde og havde telefonadgang, blev inkluderet i studiet. De blev ekskluderet, såfremt de var gravide, kognitivt hæmmede, alvorligt fysisk syge, maniske, alkoholikere, i sorg, manglede sproglige færdigheder eller allerede var i behandling.

Intervention: Medarbejdere, hvor det var registreret, at de modtog medicin eller psykoterapi. Psykoterapi blev registreret som minimum fire specialbehandlingssessioner i seks måneder efter baseline.

Udfald: Registrering af rutinemæssige udskrivelser af medicin. Registrering af psykoterapi. I begge tilfælde anvendtes registerdata. Selvrapporteret sygefravær (seks og 12 måneder): Hvor mange deltids- og fuldtidsarbejdsdage gik tabt i de sidste fire dage på grund af sygdom eller besøg hos læge eller anden behandler (både psykoterapi og medicin).

Resultater: 16 patienter (7 %) modtog antidepressiv medicin i gennemsnit 149,1 dage. 13 patienter (5,7 %) modtog psykoterapi i gennemsnit 7,2 sessioner. Fire patienter (1,7 %) modtog både medicin og psykoterapi.

Psykoterapi var signifikant forbundet med 26,1 procentpoint reduktion af sygefraværet over en etårig periode sammenlignet med dem, der ingen psykoterapi fik (ved baseline blev der tabt 24,3 arbejdstimer om måneden, ved 12 måneders opfølgning 2,5 timer om måneden). Der var ingen signifikant forskel på dem, der fik antidepressiva, og dem, der ikke fik, ej heller mellem dem, der både fik psykoterapi og antidepressiva, og dem, der intet fik.

Sammenfatning: Studiet viste, at psykoterapi reducerer sygefraværet med 26,1 procentpoint for medarbejdere, der har en ny episode af depression i forhold til tilsvarende medarbejdere, der ikke modtager psykoterapi. Antidepressiv medicin havde derimod ingen målbar effekt på sygefraværet. Studiet anvendte dog ikke randomisering, og det var meget få deltagere, der modtog behandling. Det skaber således usikkerhed om resultaterne, da effekten potentielt kan afspejle forskelle imellem deltagerne, der modtog behandling, og dem, der ikke gjorde det, uafhængigt af psykoterapien.

Studie 4 (Kant et al. 2008)

Forskningsspørgsmål og design: I dette studie undersøgtes, hvorvidt en struktureret tidlig konsultation rettet mod ansatte med høj risiko for fremtidigt langtidssygefravær forebygger og/eller fører til reduktion af sygefravær. Deltagere med høj risiko for sygemelding blev grupperandomiseret til interventions- eller kontrolgruppe med en etårs opfølgningsperiode.

Målgruppe: Ikke-sygemeldte ansatte fra et stort bankfirma (hovedsageligt kontoransatte), der var i risiko for sygemelding og langtidssygefravær (>28 dage). Deltagerne blev screenet som værende i risiko for sygemelding ved hjælp af et 34-items spørgeskema ("Balansmeter" Kant et al.). Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om bl.a. arbejdspladsen, det mentale helbred, tidligere sygefravær

og psykosociale faktorer associeret med risiko for langtidssygefravær. Screeningsredskabet undersøgte således risikofaktorer for sygemelding. Eksklusionskriterierne var, om de ansatte var i behandling på screeningstidspunktet, sygemeldte eller gravide.

Intervention: Interventionen indbefattede en enkelt tidlig, struktureret konsultation af 1-1,5 timers varighed hos en arbejdsmediciner. Ca. 10 % af deltagerne modtog supplerende interventioner i form af socialmedicinsk rådgivning, psykoterapi, socialrådgivning eller specialbehandling for en specifik sygdom. De 12 arbejdsmedicinere, der deltog i forsøget, havde fået træning af en dags varighed i den strukturerede samtaleform. Den strukturerede samtaleform er beskrevet i en protokol og bestod af en udredning af symptomer og klager, forklaring af sammenhængen mellem symptomer og risikoen for fremtidigt langvarigt sygefravær og til sidst en forklaring af og refleksion over forventningerne og fordelene ved en tidlig behandling. Det er ikke undersøgt, i hvor høj grad arbejdsmedicinerne fulgte protokollen. Konsultationen blev foretaget inden for tre måneder efter screening (gennemsnit = 79 dage). Kontrolgruppen modtog sædvanlig behandling.

Udfald: Virksomhedens registerdata over sygefravær i dage.

Resultater: En modificeret intentiontotreatanalyse viste statistisk signifikant forskel på totalt sygefravær over en etårs opfølgningsperiode: Interventionsgruppen havde et gennemsnitligt antal sygefraværsdage på 18,98 (standardafvigelse = 29,50), og kontrolgruppen et gennemsnitligt antal sygefraværsdage på 31,13 (standardafvigelse = 55,47).

Sammenfatning: Resultaterne viser, at en struktureret tidlig konsultation hos en arbejdsmediciner kan have betydning for langtidssygefravær for personer, der er i risiko for sygemelding på grund af psykosociale stressorer.

Studie 5 (Knekt P et al. 2008)

Forskningsspørgsmål og design: Knekt et al. (2008) undersøgte i dette studie, om kort- og langtidsspsykodynamisk og korttidsløsningsfokuseret psykoterapi kan forbedre arbejdsevnen og funktionsevnen hos patienter med depression og angstlidelser. Studiet anvendte et randomiseret, kontrolleret design med opfølgning efter tre år.

Målgruppe: Deltagerne blev udvalgt på ambulante psykiatriske enheder i Helsinki i Finland. Deltagerne blev inkluderet, hvis de var mellem 20 og 45 år og havde haft en længerevarende psykisk lidelse (>1 år), der medførte en nedsat arbejdsevne. De psykiske lidelser omfattede udelukkende affektive lidelser

og/eller angsttilstande (ifølge DSM-IV). Der blev foretaget en grundig mental helbredsbedømmelse, hvor personer i et psykodynamisk interview også blev klassificeret ifølge Kernbergs personlighedskriterier. Ud fra et semistruktureret interview blev deltagere ekskluderet, hvis de havde psykoser, svære personlighedsforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser, misbrug, hjerneskader eller mental retardering. Såfremt de allerede havde modtaget psykoterapi i de sidste to år og/eller arbejdede i psykiatrien, blev de også ekskluderet. De deltagere, der blev inkluderet i studiet, blev randomiseret i tre interventionsgrupper, hvor de blev fulgt de næste tre år.

Intervention: Der var to psykodynamiske interventionsgrupper og en løsningsfokuseret. Den langtidpsykodynamiske terapi er en intensiv overførbaseret terapeutisk tilgang, hvor formålet er at udforske og bearbejde et bredt spektrum af intrapsyke og interpersonelle konflikter. Der udforskes ubevidste konflikter, udviklingsmæssige forstyrrelser i barndommen og forstyrrelser af de intrapsyke strukturer. Konfrontation, klarificering og fortolkning er primære elementer i terapien, ligesom alliancen med terapeuten kan inddrages for at udforske klientens problemer. Terapien sigter mod at gøre klienten mere bevidst om problemer og forløse konflikter. Der blev givet 2-3 timer af denne terapi 2-3 gange ugentligt i en periode på op til tre år. Terapeuterne var uddannet i psykoanalyse eller psykodynamiske principper og havde 6-18 års erfaring.

Den korttidpsykodynamiske terapi tager udgangspunkt i samme terapeutiske tilgang som langtidpsykodynamisk terapi, men adskiller sig ved at være tidsbegrænset og fokuseret. Der aftales et specifikt tema for terapien, der tager udgangspunkt i både førtidige og nutidige intrapsyke konflikter. Terapeuterne, der gav denne terapi, havde samme kvalifikationer som ved langtidsterapi, men var derudover blevet trænet i 1-2 år til at udføre denne specifikke form for terapi. Terapeuterne havde 10-20 års erfaring i psykodynamisk metode og herudover mellem to og 20 års erfaring med at give korttidsterapi. Der blev givet i alt 20 ugentlige sessioner over 5-6 mdr. Ingen af terapierne var manualbaseret.

Den korttidsløsningsfokuserede terapi er en målorienteret terapeutisk tilgang, der hjælper klienter til at skabe ressourcefokuserede løsninger. Deltagere, der kom i denne gruppe, modtog en session hver anden eller tredje uge, men højst 12 sessioner i alt, i en periode på maksimum otte mdr. Terapien blev foretaget ud fra manual, og der blev ført klinisk kontrol. Terapien blev udført af terapeuter, der var blevet trænet og certificeret i metoden. De havde 3-15 års erfaring i metoden.

Udfald: Arbejdsevnen og funktionsevnen blev målt på fem forskellige udfald ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer. De tre første var selvevalueringer:

- **Work Ability Index (WAI):** Fokuserer på deltagernes kapacitet og ressourcer på arbejdet. Indekset blev modificeret til at passe på arbejdsløse og studerende. WAI er deltagernes subjektive vurdering af nuværende arbejdsevne sammenlignet med bedste arbejdsevne og med fysiske og psykiske krav. Derudover blev antal diagnosticerede lidelser, sygefravær igennem det sidste år, egen prognose af arbejdsevne to år frem og mentale ressourcer også medregnet. Arbejdsevnen blev inddelt i "poor, moderate, adequate, excellent".
- **Worksubscale (SAS-Work) of the Social Adjustment Scale (SAS-SR):** Denne skala er et udtryk for deltagernes præstation. Arbejds-/funktionsevnen blev målt ud fra 18 items, der målte rollefunktionen ved betalt arbejde, husligt arbejde, eller som studerende igennem den sidste måned. Der blev bl.a. spurgt til deltagernes præstation i forhold til forventede opgaver, konflikter med andre og deres generelle følelse af tilfredshed.
- **Perceived Psychological Functioning Scale (PPFS, Lehtinen et al. 1991)** fokuserer på deltagernes generelle psykologiske præstationsevne. Det er en 10-items-skala (Lehtinen et al. 1991), der beskriver kognitive funktioner, coping med stress samt mentalt energiniveau.

De sidste to udfald måler selverkendt arbejdsevne ved hjælp af sammensatte items fra spørgeskemaer:

- Aktiv deltagelse i arbejds- eller studieliv
- Sygefravær i dage i de sidste tre måneder. Mere end syv dage blev betegnet som "meget fravær".

Deltagerne blev undersøgt ved baseline og efter tre, syv, ni, 12, 18, 24 og 36 mdr. Det blev registreret, hvorvidt deltagerne modtog andre behandlinger, psykiatriske indlæggelser eller medicin via spørgeskemaer og nationale registre.

Resultater: >40 % i alle tre grupper modtog medicin, og 35 % i korttidsgrupperne modtog anden terapi mod kun 16 % i den langtidsspsykodynamiske gruppe. 3,1 % blev behandlet på psykiatrisk hospital. Deltagerne var karakteriseret ved at være relativt unge og flest kvinder. 84,5 % havde affektiv lidelse. Heraf havde 67,5 % major depressiv lidelse, 43,6 % havde angstlidelse, mens 18,1 % havde en personlighedsforstyrrelse. Summen af procenterne giver mere end 100, da nogle havde mere end én mental lidelse.

Resultaterne viste en signifikant forbedring af arbejdsevnen på alle tre selv-rapporterede skalaer, der målte kapacitet og ressourcer på arbejde, faktisk arbejdspræstation og generel psykologisk præstation ($p < 0,001$). Ved treårs opfølgning var WAI forbedret med 15 %, SAS-Work forbedret med 17 %, og PPFS forbedret med 21 %.

Korttidsterapigrupperne havde en 4-11 procentpoint bedre arbejdsevne end langtidsterapi grupperne ved syv måneder. Ved andet års opfølgning var der ingen signifikante forskelle mellem de tre terapigrupper. Ved tredje års opfølgning var den langtidsspsykodynamiske gruppe signifikant bedre på alle tre skalaer end den korttidsspsykodynamiske gruppe. En signifikant andel af patienterne med nedsat arbejdsevne opnåede en "passende" arbejdsevne ved opfølgning (53-75 %, $WAI \leq 36$). Forbedringerne var stærkest i behandlingsperioden for korttidsterapigrupperne, men svagest i den løsningsfokuserede gruppe ved treårs opfølgning.

Med hensyn til "realization of work capacity" viste det sig, at prævalensen af deltagere i arbejde eller i gang med studier ikke ændrede sig signifikant fra baseline (80,8 %) til opfølgning (78,2 %).

Der kunne heller ikke påvises en signifikant ændring i antal sygefraværsdage i de sidste tre måneder. Dette tal var for deltagere i arbejde 5,5 dage ved baseline og 3,6 dage ved opfølgningen. Ved den treårige opfølgning viste det sig dog, at den langtidsspsykodynamiske gruppe havde en signifikant reduktion af antal sygefraværsdage i de sidste tre måneder (fra 5,3-2,4). For de to andre terapigrupper var der ikke noget signifikant fald: korttidsspsykodynamisk gruppe: lille stigning fra 4,6-4,81 dage og korttidsløsningsfokuseret gruppe: lille fald fra 6,1-5,42 dage. Ud af de deltagere, der var i arbejde og havde mere end syv dages sygefravær i de sidste tre måneder, viste begge psykodynamiske grupper en reduktion af sygefraværet ved den treårige opfølgning af langtidsspsykodynamisk gruppe: fra 16,5-9,4 dage, korttidsspsykodynamisk gruppe: fra 19,9-10,9 dage. Ikke signifikant løsningsfokuseret gruppe: fra 22,7-20,7 dage. Den psykodynamiske psykoterapi var derfor mere effektiv end den løsningsfokuserede terapi ved opfølgningen.

Sammenfatning: Arbejdsevnen blev signifikant forbedret ($WAI = 15$ %, $SAS-WORK = 17$ % og $PPFS = 21$ %) over tre år. De kortere terapiformer forbedrede arbejdsevnen hurtigere end langtidsspsykodynamisk terapi (4-11 % bedre arbejdsevne end langtidsterapi efter syv mdr.) Til gengæld blev arbejdsevnen forbedret yderligere 5-12 procentpoint efter tre år hos de deltagere, der modtog langtidsterapi sammenlignet med korttidsterapigrupperne. Der var heller ikke nogen signifikant effekt på det overordnede sygefravær. Dog havde langtidsspsykodynamisk terapigruppen efter tre år signifikant reduceret sygefra-

været med 2,9 dage i de sidste tre måneder. For de patienter, der havde langtidssygefravær (> 7 dage), viste både korttids- og langtidsspsykodynamiske terapier en reduktion ved opfølgning på henholdsvis 7,1 og 9 dage i de sidste tre måneder. Der skal dog tages forbehold for generaliseringen af sådanne resultater, da der ikke var en kontrolgruppe, der ikke modtog psykoterapi, at sammenligne med.

Studie 6 (Eriksen HR et al. 2002)

Forskningsspørgsmål og design: Kan interventioner, der sigter mod at forbedre subjektive helbredsproblemer, reducere sygefravær? Et randomiseret, kontrolleret studie af postmedarbejdere i tre forskellige interventionsgrupper (stress managementintervention, fysisk intervention og kombineret) over et år.

Målgruppe: Medarbejdere blev rekrutteret fra 29 postafdelinger og to postterminaler i Norge. De personer, der accepterede at deltage, blev randomiseret i tre interventionsgrupper: fysisk træning, stress management, kombineret helbredsgruppe og en kontrolgruppe. Rengøringspersonale, langturschauffører og gravide blev ekskluderet. Da der kun var et begrænset antal, der indvilgede i at deltage i interventionerne, blev der foretaget en ekstra rekruttering af medarbejdere, der også blev randomiseret i de tre interventionsgrupper.

Intervention: Interventionerne fandt sted i arbejdstiden. Alle interventioner var standardiserede og blev udført efter protokol. Hver gruppe modtog to sessioner om ugen a en times varighed i en periode på 12 uger. Det svarede til 24 timer i alt. De tre interventioner adskilte sig fra hinanden på følgende måder:

Den fysiske intervention tog udgangspunkt i "Norwegian aerobic fitness model". Formålet var at styrke den fysiske kapacitet, muskelstyrken og fleksibiliteten. Det var autoriserede instruktører, der underviste.

Den kombinerede intervention (Integrated health program: IHP) omfattede fysisk træning, undervisning og en praktisk undersøgelse på arbejdspladsen. Der var en times teori og en times træning. I modsætning til den fysiske intervention var træningen mere arbejdsorienteret. Undervisningen bestod af information om stress, helbred og ernæring. Forholdet mellem anatomi, krav, træning og lænderygsmerter blev gennemgået. Den praktiske undersøgelse var en undersøgelse af medarbejderens arbejdsmiljø (primært det fysiske), hvorefter der kunne opfordres til nye måder at udføre arbejdet på.

Stress management intervention (SMT): Formålet var at udvikle medarbejdernes evne til at tackle stress. Dette blev gjort ved at modificere deltageres forventninger til kontrol i form af både følelsesfokuserede og problemfokuserede strategier. Desuden blev der undervist i strategier til at forbedre kommunikation og sociale færdigheder ved hjælp af rollespil og videooptagelser. Måder at håndtere stress på arbejdet blev også gennemgået. Kontrolgruppen modtog ikke nogen intervention.

Udfald: Der blev indsamlet data før og efter rekruttering af medarbejdere, og der var opfølgning efter et år. Interventionernes effekt blev målt i form af deltageres jobstress (19 spørgsmål fra Coopers job stress questionnaire) og målt på følgende subskalaer: kommunikation, lederskab, arbejdsbyrde, "relocation", subjektivt helbred og sværhedsgraden heraf (SHC: Subjective health Complaint Inventory). Sygefraværet var selvrapporteret, hvor frekvens og varighed af sygefravær i de sidste 30 dage blev udregnet. Subjektiv evaluering af effekt af interventionen: Deltagerne blev spurgt, om interventionen efter deres opfattelse havde påvirket arbejdsmiljø, helbred, fysik, muskelsmerter, evne til at håndtere stress og viden om, hvordan man får et godt helbred. Der blev afrapporteret i form af skalaen: Bedre, uforandret, værre.

Resultater: Der blev ikke fundet signifikant effekt af nogen af interventionerne på sygefraværet. Der var heller ingen effekt, hvis der sammenlignes mellem de deltagere, der fuldførte interventionerne (den kombinerede og den fysiske intervention) og kontrolgruppen. Der var heller ingen effekt på jobstress eller subjektive helbredsklager. I forhold til den subjektive evaluering oplevede deltagerne derimod stor tilfredshed og en positiv effekt af alle interventionerne. Den oplevede effekt var størst for den kombinerede intervention, da deltagere oplevede bedring på flest forskellige mål. Deltagere, der modtog stress managementintervention oplevede, at de blev bedre til at tackle stress, fik færre muskelsmerter og blev bedre til at tage vare på deres helbred.

Sammenfatning: Hverken fysisk træning, stress management eller kombineret intervention havde nogen effekt på subjektivt helbred, jobstress eller sygefravær sammenlignet med kontrolgruppen. Deltagerne havde dog en oplevet effekt af interventionerne. Det skal nævnes, at det kun var få af medarbejderne, der deltog i interventionerne, og der kan således være tale om en selekteret gruppe. Det kan således potentielt være de mere ressourcestærke med færre helbredsproblemer, der modtog interventionerne, end de deltagere, der ikke deltog.

Studie 7 (De Boer AGEM et al. 2010)

Forskningsspørgsmål og studiedesign: I dette studie var formålet at evaluere, om en intervention, der har til formål at forbedre arbejdsrelateret helbred, kan reducere førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet hos medarbejdere i risiko for førtidigt arbejdsophør. Studiedesignet var et randomiseret, kontrolleret studie med opfølgning efter to år.

Målgruppe: Medarbejdere blev rekrutteret fra en større virksomhed i Holland, der producerer elektronisk udstyr. De medarbejdere over 50 år, som vurderede, at de ikke kunne blive i arbejde helt til pensionsalderen, blev spurgt, om de ville deltage i undersøgelsen. Målgruppen var karakteriseret ved at have flest mænd (93 %), der dog afspejlede kønsfordelingen i virksomheden.

Intervention: De deltagere, der accepterede at deltage i undersøgelsen (72 %) blev randomiseret i hhv. en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Deltagere, der kom i interventionsgruppen, modtog mindst tre konsultationer ved den bedriftslæge, der var tilknyttet medarbejderens virksomhed, over en seks måneders periode. Interventionen blev udført efter en struktureret protokol, som bedriftslægen forinden var blevet trænet i. Den første konsultation var et interview, hvor deltageren blev udspurgt om helbredsmæssige, arbejdsrelaterede og socialpsykologiske grunde til tidligt arbejdsophør. Herudfra blev der udarbejdet en arbejdsplan, hvor der blev taget udgangspunkt i medarbejderens behov for ændringer og tilpasninger i forhold til arbejdet. Ofte inkluderede dette kontakt til nærmeste leder. Der blev konfereret med de sundhedsprofessionelle, som medarbejderen havde kontakt med, såsom speciallæger, psykolog eller praktiserende læge. De næste to konsultationer fandt sted 10 og 16 uger efter det første interview.

Kontrolgruppen modtog "sædvanlig indsats". De blev ikke tilbudt konsultationer, men de kunne selv opsøge en bedriftslæge efter behov.

Udfald: Effekten af interventionen blev målt ved baseline, efter seks mdr. og efter to år.

Der blev foretaget procesevalueringer af interventionen, hvor bedriftslægen skrev en personlig rapport for hver medarbejder, herunder antal konsultationer, hovedproblem (helbreds-, arbejdsrelateret eller socialt/psykologisk), og hvilke interventioner der var blevet foretaget (fx kontakt til arbejdspladsen, henvisninger osv.). Deltagernes tilfredshed med bedriftslægen blev også målt i interventionsgruppen.

Data om medarbejdernes tilbagetrækning før pensionsalderen (60-65 år alt efter medarbejdernes individuelle situation) blev indsamlet fra virksomhedens

database, og der blev skelnet mellem førtidspension og almindelig pension. Derudover blev det registreret, om medarbejderne var i arbejde på fuldtid/deltid, og om de havde skiftet job. Oplysninger om sygefravær blev ligeledes indhentet fra virksomhedens database og blev målt som samlet sygefravær i dage.

Arbejdsevne blev undersøgt ved hjælp af WAI. Stress blev undersøgt ved hjælp af UBOS (Hollandsk version af Maslach Burnout Inventory MBI), der har tre subskalaer: følelsesmæssig udmattelse, mental distance og oplevet personlig kompetence. Livskvalitet blev målt ved hjælp af Nottingham Health Profile (NHP), der måler energi, smerte, følelsesmæssige reaktioner, søvn, social isolation og fysisk mobilitet.

Resultater: Den gennemsnitlige pensionsalder var 61,8 år. I forhold til stress/udbrændthed var deltagerne i interventionsgruppen i en værre følelsesmæssig tilstand og havde større grad af social isolation end kontrolgruppen ved baseline. Der var ellers ingen forskelle på de undersøgte variable mellem interventions- og kontrolgruppen.

De fleste grunde til ønske om førtidigt arbejdsophør var arbejdsrelaterede såsom arbejdskrav og stress (87 %). I Holland er der mulighed for at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet før pensionsalderen efter en ordning, der svarer til den danske efterlønsordning. Herudover angav 10 % helbredsrelaterede grunde (fx muskel- og skeletbesvær) og kun 3 % socialpsykologiske årsager. Bedriftslægen var i kontakt med arbejdsstedet i 72 % af sagerne. Dette indbefattede ændring af arbejdsbetingelser, arbejdsopgaver, arbejdstimer og forbedringer i arbejdsrelationer eller i forbindelse med støtteforanstaltninger. Det gennemsnitlige antal konsultationer var 2,6. Deltagerne i interventionsgruppen var generelt meget tilfredse med bedriftslægen.

For så vidt angår førtidig arbejdstilbagetrækning (dvs. andre former for førtidig tilbagetrækning end førtidspension) var 11 % af deltagerne i interventionsgruppen stoppet med at arbejde efter to år, hvilket var signifikant færre end kontrolgruppen (28 %). Inkluderede man de deltagere, der havde fået førtidspension, var der ikke signifikant forskel imellem de to grupper (IG = 17 % og KG = 28 %). Flere medarbejdere i interventionsgruppen var stadigvæk i arbejde (83 %) i forhold til kontrolgruppen (72 %) på opfølgningstidspunktet. Dette var dog ikke statistisk signifikant.

Ved opfølgningen efter seks måneder, efter interventionen var afsluttet, havde deltagere i interventionsgruppen signifikant bedre arbejdsevne end kontrolgruppen (WAI, IG = 35,2, KG = 30,7), signifikant mindre tegn på udbrændt-

hed og bedre livskvalitet end deltagerne i kontrolgruppen. Deltagerne i kontrolgruppen havde dog mere energi, bedre søvn og følelsesmæssigt velvære end medarbejderne i interventionsgruppen. Med undtagelse af følelsesmæssig distance i forhold til udbrændthed var disse resultater dog ikke længere statistisk signifikante efter to år.

Vedrørende sygefravær kunne data kun rekvireres for de medarbejdere, der fortsat arbejdede i firmaet. Det viste sig, at det samlede sygefravær efter seks måneder var mindre i interventionsgruppen (15,4 dage) end i kontrolgruppen (21,4 dage). Det var dog ikke statistisk signifikant. Samme tendens var til stede ved toårsopfølgningen, hvor interventionsgruppen havde 82,3 sygefraværsdage og kontrolgruppen 107,8 sygefraværsdage i løbet af de to år. Dette var dog heller ikke statistisk signifikant.

Sammenfatning: To år efter interventionen var der færre medarbejdere i interventionsgruppen, der havde tidlig tilbagetrækning, end i kontrolgruppen. Ved afslutningen af interventionen (seks mdr.) havde deltagerne, der havde modtaget interventionen, signifikant bedre arbejdsevne, mindre udbrændthed og højere livskvalitet end deltagerne i kontrolgruppen. Denne effekt var dog ikke signifikant efter to år. Der var en ligeledes ikke-signifikant tendens til, at medarbejderne i interventionsgruppen havde mindre sygefravær. Dog synes den lille selekterede målgruppe med forskelle i sværhedsgrad af symptomer medarbejderne imellem at gøre det usikkert, om effekten kan tilskrives interventionen.

Opsummering af enkeltstrengede interventioner

Studierne er foretaget i Holland, USA og Finland, og der skal tages forbehold over for generaliseringer af resultaterne til danske forhold.

Sygefravær

Ud af de syv studier har fire studier undersøgt effekten af interventioner, der forebygger stress og udbrændthed i forskellige virksomheder. Det er endnu usikkert ud fra disse studier, om stress managementinterventioner kan forebygge sygefravær. Der er mange metodiske forskelle mellem studierne, der undersøger dette, og der ses modstridende resultater.

To studier undersøger interventioner, der forebygger stress (Eriksen et al. 2002; Van Rhenen et al. 2006), og to studier undersøger interventioner, der

forebygger udbrændthed (van Dierendonck 1998: De Boer et al. 2004). I et af de to studier, der omhandler stress, har stress inoculation training (SID: CBT og fysiske interventioner) ikke nævneværdig effekt på sygefraværet (Studie 1, Van Rhenen et al. 2006). Dog kunne den fysiske intervention marginalt reducere sygefraværet i form af incidens (0,65 % IR, $p < 0,05$) og frekvens af sygefravær (0,37 gange / år), men ikke varighed eller længde. Ud over en oplevet effekt hos medarbejderne kunne Eriksen et al. (2002) ikke påvise nogen effekt af hverken stress management, fysisk motion eller et integreret helbredsprogram på sygefraværet. Af de to studier, der forebyggede udbrændthed, viste van Dierendonck (1998, studie 2) derimod, at kognitiv adfærdsterapi kunne reducere forekomsten af udbrændthed, den gennemsnitlige varighed af sygefraværsperioder med 1,3 dage på et år og det samlede omfang af sygefravær med 2,6 dage på et år, sammenlignet med kontrolgruppen. Der var dog ingen effekt på frekvensen af sygefraværet. I De Boer et al. (2004)'s undersøgelse var der en tendens til kortere varighed af det samlede sygefravær seks måneder efter en arbejdsmedicinsk intervention (seks dage i hele perioden) og efter to år (25,5 dage i hele perioden) sammenlignet med kontrolgruppen, men dette var dog ikke statistisk signifikant. Det kan diskuteres, om der har været en reel forskel, som ikke kunne vises, da De Boer et al. anvendte en forholdsvis lille population.

Det, der adskiller de to interventioner om udbrændthed fra interventionerne til forebyggelse af stress, er, at de indebærer ændringer i det psykosociale arbejdsmiljø. I van Dierendonck (1998) blev der gjort forsøg på at reducere uligevægt mellem mål og forventninger til plejepersonale fra både arbejdspladsen og modtagerne af plejen. I De Boer et al. (2004) blev der taget kontakt til arbejdspladsen med henblik på modificeringer og tilpasninger i arbejdsmiljøet. Begge studier har dog metodiske problemer, der gør konklusioner usikre. Van Dierendoncks studie anvendte ikke randomisering, og der kan således være vigtige forskelle mellem deltagerne, der kan have påvirket resultaterne. De Boer et al. (2004) anvendte en selekteret målgruppe, som gør en generalisering af resultaterne vanskelig. Ligeledes kan metodiske mangler i studiedesign i de undersøgelser, der ser på forebyggelse af stress, sætte spørgsmålstegn ved anvendeligheden af resultaterne. Van Rhenens studie foregiver at være et randomiseret, kontrolleret studie, men referencegruppen indgik ikke i randomiseringen, og studiet havde således ikke en sammenlignelig kontrolgruppe. Derudover kan der have været selektionsbias, idet der kun var få, der accepterede at modtage interventionen, ligesom medarbejderne blev klassificerede til at være stressede fra starten.

De sidste tre studier, hvoraf to undersøgte effekten af psykoterapi på sygefravær og ét undersøgte effekten af arbejdsmedicinsk intervention, viste alle positiv effekt af interventionerne på sygefraværet.

Knekt et al. (2008) viste, at langtidspsykodynamisk psykoterapi kan reducere sygefraværet (2,9 dage i de sidste tre måneder). Hos deltagere med længerevarende sygefravær (>7 dage) kunne både korttids- og langtidspsykodynamisk terapi reducere sygefraværet med 7-9 dage i de forudgående tre måneder før dataindsamlingen. I et observationsstudie viste det sig, at de medarbejdere, der allerede havde haft en depression (Rost et al. 2005), og som modtog psykoterapi, havde mindre sygefravær (26,1 %) sammenlignet med dem, der ikke fik psykoterapi eller modtog medicin. Også dette studie har metodiske begrænsninger, da der kan være vigtige forskelle mellem den lille gruppe af deltagere, der modtog psykoterapi, og dem, der ikke gjorde. Det sidste studie af Kant (2008) viste, at en struktureret tidlig konsultation med arbejdsmediciner kan reducere det samlede sygefravær (12 dage på et år) for personer i risiko for sygemelding på grund af psykosociale stressorer. Mere forskning er dog nødvendigt for at underbygge disse resultater. Der er således indikation for, at psykologisk behandling kan reducere sygefraværet, hvor korttidspsykodynamisk terapi kan give hurtigere udbytte på arbejdsevnen, mens langtidsterapi forbedrer arbejdsevnen mere effektivt efter tre år (5-11 % bedre). Ligeledes er der indikation (ikke statistisk signifikant) for, at arbejdsmedicinske interventioner kan reducere det samlede sygefravær (op til 12 dage på et år) for folk, der allerede er i risiko for at være stressede. Det er usikkert, om andre enkeltstrengede interventioner kan forebygge sygefravær.

Arbejdsfastholdelse

To studier har undersøgt, om henholdsvis psykoterapi eller en arbejdsmedicinsk intervention kan forebygge arbejdsophør. Knekt et al. (2008) kunne ikke påvise, at psykoterapi kunne føre til bedre arbejdsfastholdelse. De Boer et al. (2004) påviste, at blandt de deltagere, der havde modtaget en arbejdsmedicinsk intervention, var der signifikant færre (17 procentpoint), der stoppede med at arbejde, sammenlignet med kontrolgruppen efter to år. Det er dog endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt, om psykoterapi eller arbejdsmedicinske interventioner kan forebygge arbejdsophør. Der var ikke indikation for, at psykoterapi kunne forbedre arbejdsfastholdelse, men et enkelt studie i førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet indikerer, at en arbejdsmedicinsk intervention kan reducere førtidig tilbagetrækning.

Arbejdsevne

To interventionsstudier, hvor det ene undersøgte effekten af arbejdsmedicinsk intervention, og det andet undersøgte effekten af psykoterapi på ar-

bejdsevnen, viste modsatrettede resultater. De Boer et al. (2004) viste, at medarbejdere, der var i risiko for førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, fik forbedret arbejdsevnen (WAI: kapacitet og ressourcer) efter en struktureret arbejdsmedicinsk intervention efter seks måneder, sammenlignet med kontrolgruppen. Denne effekt kunne dog ikke påvises efter to år. I Knekt et al.s (2008) undersøgelse viste det sig, at korttidspsykodynamiske interventioner forbedrede arbejdsevnen mere effektivt end langtidsterapi (4-11 procentpoint bedre). Der var dog ingen effekt på arbejdsevnen i form af kapacitet og ressourcer på arbejdet (WAI) eller generel præstation (WAI af SAS-SR) efter syv måneder. Det viste sig til gengæld, at psykodynamisk langtidsterapi var bedre til at øge arbejdsevnen på længere sigt end korttidsterapi. Efter tre år havde langtidsterapi forbedret arbejdsevnen på flere forskellige mål: Kapacitet og ressourcer på arbejde (15 % bedre score) generel præstation (17 % bedre score) og generel psykologisk præstation (21 % bedre score), hvor de korttids terapeutiske tilgange ikke længere havde nogen effekt.

Forebyggende organisatorisk intervention

Det ene studie, der bliver gennemgået her, omhandler organisatoriske ændringer i administreringen af sygefravær som forebyggelse af langtidssygefravær. Det er ikke muligt at drage sikre konklusioner på baggrund af dette ene studie. Dataudtrækningskema er vist i Tabel 5.1.3.

Studie 1 (Saksvik & Nytrø 2001)

Forskningsspørgsmål: I dette studie af Saksvig og Nytrø, 2001, blev det undersøgt, om muligheden for at tage ekstra sygefravær kunne være en effektiv måde at tackle helbredsproblemer på og dermed forhindre langtidssygefravær. I Norge kan man have sygefravær 1-3 dage, fire gange om året, med fuld økonomisk kompensation, uden at dette skal dokumenteres af en læge. Forskerne bag studiet antog, at en udvidet mulighed for sygefravær i form af 1-5 dage fire gange om året kunne ses som en positiv copingstrategi til at afhjælpe helbredsproblemer og forebygge længerevarende sygefravær.

De undersøgte dette nærmere ud fra fire forskningsspørgsmål:

- 1) Hvad er de personlige holdninger (forpligtelse, ansvar og arbejdetik) hos de medarbejdere, der benytter sig af muligheden for udvidet sygefravær?
- 2) Har medarbejdere, der benytter sig af muligheden for udvidet sygefravær, flere helbredsproblemer før interventionen end dem, der ikke benytter sig af muligheden?

Table 5.1.2. Dataudtrækning for enkeltstrengede forebyggende interventioner med sygefravær, arbejdsophør eller arbejdsevne som udfald

Studie	Studie design og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obsl. Egne noter
Studie 1 Van Rhenen et al. 2006, Holland	RCT 1 års follow-up. Stressede og ikke stressede medarbejdere i fysisk eller kognitiv intervention (4 IG). Referencepopulation	242 medarbejdere fra samme telekommunikationsvirksomhed. Stress/ikke stress (4DSQ). Ikke sygemeldte i arbejde	Begge intervention SIT Kognitiv intervention: Co-ping+omstrukturering af irrationel tankning. Fysisk intervention (FI): Træning + afspending	Sygefravær på fem udfald (registerdata fra virksomhed): Frekvens, incidens, den samlede længde, varighed af ny sygefraværsperiode, tid indtil ny sygemelding	Stressede medarbejdere: Fysisk intervention nedsat marginalt, frekvens (0,4) og incidensrate af sygefravær (0,65 %). Dog ikke signifikant effekt på duration eller længde. Deltagere fra CBT blev hurtigere sygemeldt (144 dage forskel). Dog forøgede CBT ikke sygefraværshyppighed, incidensrate, duration eller længde	Ingen substantiel forskel mellem kognitiv og fysisk intervention. Kognitiv eller fysisk intervention har ikke nogen overordnet effekt på sygedomsbyrde i form af absenteism	Hvem foretog interventionerne?? RCT, men kategoriserede deltagere og referencegruppen. Undersøger ikke effekt på mentale helbredsproblemer
Studie 2 van Dierendonck, 1998, Holland	CT med 1 års followup. Evaluerer burnout program ved IG og to KG med et års followup. Hypotese: Mindre burnout og sygefravær i IG	Plejere af mentalt handicappede i risiko for burnout. Ikke sygemeldte i arbejde	IG: CBT+ Burnout KG: Intern KG: Ekstern	Baseline, 6 mdr., 1 år. Sygefravær: Frekvens, varighed af nye sygefraværperioder, turnover intention. Burnout: MBI. Oplevet social støtte	IG: Færre burnout, kortere varighed af sygefravær, men ikke kortere frekvens. Social støtte indflydelse på effekt	Burnout program har længerevarende effekt på psykologisk helbred og sygefravær	Ikke randomisering. selektionsbias, KG adskiller sig væsentligt fra IG
Studie 3 Rost et al. 2005 USA	Observationelt studie. Kan indikatore for rutineudskrivning af antidepressiva og psykoterapi forudsige ændringer i fravær over en elårig periode for patienter i arbejde?	Depressive fra database (screening). Ikke i behandling. Del-/fuldtidsarbejde	Analyse af data i administrativ database	Modtagelse af antidepressiv medicin. Modtagelse af psykoterapi (min. 4 sessioner). Selvrapporteret sygefravær. Data indhentes ved baseline, 6 mdr.s og 12 mdr.s opfølgning	Psykotterapi reducerer signifikant fraværet med 26,1 % over et år. Ingen signifikant forskel på dem, der fik antidepressivt, og dem, der ikke fik, og dem, der både fik psykotterapi og antidepressivt, og dem, der intet fik	Flere studier nødvendigt for at konkludere om behandlingskvaliteten af depression (psykotterapi) kan medføre reduceret sygefravær	Observationel analyse. Kan være vigtige forskelle imellem dem, der modtager behandling, og dem, der ikke gør. Evt. sygemelding ikke oplyst. Ikke målt MHP

Studie	Studie design og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 4 Kant et al. 2008, Hol- land	RCT med 1 års followup. En tidlig konsultation med arbejdsmediciner med ansatte med høj risiko for fremtidig langtids-sygefravær forebygger og/eller fører til reduktion af sygefravær	Ikke sygdomsrelaterede ansatte i stort bankfirma. Risiko for LT-sygefravær (>28 dage, "balansmeter" inkl. mentale helbredslemper)	IG: Tidlig struktureret samtale med arbejdsmediciner. KG: TAU	Sygefravær, registerdata. Langvarigt sygefravær (>28 dage)	Modificeret ITT analyse: Signifikant forskel på totalt sygefravær over en 1-års followup-periode: IG (gns: 18,98, SD 29,50) og KG (gns. 31,13, SD 55,47)	Struktureret tidlig intervention med arbejdsmediciner kan reducere LT-sygefravær	ITT-analyse modificeret. Usikkerhed hvad "Balansmeter" indebarer. Undersøger ikke effekt på mentale helbredsproblemer
Studie 5 Knekt et al. 2008, Finland	RCT i 2 KT-terapi og 1 LT-terapi. 3 års followup. Bliver arbejdssevne forbedret af psykoterapi?	Ambulante patienter med depression eller angst. Deltagere i arbejde, arbejdsløse eller studerende	LT-psykodynamisk terapi. KT-psykodynamisk K- løsningsfokuseret terapi	Arbejdssevne: WAI af SAS-SR SAS-WORK PPFS Prevalens af studerende/arbejde. Selvrapporteret sygefravær i dage i de sidste tre måneder	Arbejdssevne signifikant forbedret (WAI = 15 %, SAS-WORK = 17 %) og PPFS (21 %) over tre år. Ingen forskel in mellem to KT-terapi på arbejdssevne. KT-terapi 4-11 % bedre arbejdssevne end LT-terapi v. 7 mdr. V. 2 år ingen forskel mellem terapierne. V. 3 år LT terapi 5-12 % bedre end KT-terapi. Ingen forskel mellem prevalens af studerende/arbejde. Ingen forskel i sygefravær i mellem IG. PPFS forbedret med 21 %	KT-terapi giver hurtigere udbytte på arbejdssevne end LT-terapi. Over lang tid er LT-terapi mere effektiv end KT-terapi. Mere forskning nødvendig for yderligere at understøtte disse konklusioner	3 års followup. Selekteret målgruppe: Terapien, nedsat arbejdsevne, flest yngre kvinder. Stort dropout ved LT-terapi efter allokering. Evt. sygemelding ikke oplyst

Studie	Studie design og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter		
Studie 6 Eriksen et al. 2002, Norge	RCT i tre IG og KG. 1 år followup K Kan tre forskellige interventioner forebygge subjektive helbredsproblemer, sygefravær eller stress?	Postmedarbejdere	STM: Stress management training. PE: Physical exercise (PE). IHP: Integrated health program. KG	Jobstress: CJSQ Subjektivt helbred: SHC Sygefravær: Selvrappor- teret frekvens og varig- hed af sygeperiode. Oplevet effekt (selvud- formet spørgeskema)	Ingen signifikant effekt på subjektive helbreds- klager, sygefravær eller jobstress. Dog stor positivt oplevet effekt af intentioneret for- tervention	Interventioner ikke effekt på sygefravær, men oplevet effekt på helbredsproble- mer	Start drop out undervejs. Forebyggelse af stress, men skel- ner ikke psykiske fra fysiske pro- blemer i subanaly- ser		
Studie 7 De Boer et al. 2004, Hol- land	RCT med to års followup. Arbejdshelbreds interventionopro- gram reducerer førtidig tilbage- trækning fra ar- bejdsmarkedet	Virksomhed elek- tronisk udstyr. Medarbejdere >50 år. I risiko for førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet	IG: Struktureret ar- bejdsmedicinsk Intervention. KG: TAU	Spørgeskema (baseline, 6 og 24 mdr.). Arbejdsevne: WAI Udbrændthed: UBOS Livskvalitet (NHP). Arbejdsstatus (førtidigt arbejdssophør/arbejde). Antal sygefravær i dage (register data)	Signifikant færre førtidig tilbagetrækning i IG end KG (17 %). Ikke signifikant: Tendens til totalt antal sygefravær 6 dage mindre i IG end KG ved 6 mdr. og to år. IG bedre arbejdsevne, mindre burnout og bedre livskvalitet end medar- bejdere i KG. To års followup ingen signifi- kant forskel	Arbejdshelbred intervention- program er lo- vende i forhold til forebyggelse af tidlig tilbage- trækning fra arbejdsmarkedet	Lille selekteret population. Forskelle i mellem IG og KG (svær- hedsgrad af stress). Risiko for arbejds- ophør primært psykisk (87 %), men ikke skelnet mellem årsager til sygefravær, ar- bejdssophør og subanalyserne. Modsatninger i resultat		
CJSQ: Cooper's job stress questionnaire DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (APA, 1993) 4 DSQ Four-Dimensional Symptom Questionnaire MBI-NL: Maslach Burnout Inventory NHP: Nottingham Health Profile PPFS: Perceived Psychological Functioning Scale SAS-Work: Work-subscale SAS-SR: Social Adjustment Scale SHC: Subjective health Complaint Inventory				SHC: A scoring system for subjective health complaints (Eriksen, Ihlbeck & Ursin, 1999) UBOS: Utrecht Burn Out Scale: Hollandsk version af Maslach Burnout Inventory MBI WAI: Work: Ability Index Andre forkortelser CBT: Cognitive Behavioural Therapy IG = Interventionsgruppe ITT=Intention to treat				KG = Kontrolgruppe OT: Occupational therapy PI: Personaleret intervention RCT= Randomised controlled trail SFT = Stress Inoculation training (Meichenbaum, 1993) STM: Stress Management Training TAU: Treatment as usual TTA = tilbage til arbejde	

- 3) Har muligheden for udvidet sygefravær effekt på helbredsproblemer, herunder særligt muskel- og skeletbesvær og mentale helbredsproblemer?
- 4) Har udvidet sygefravær effekt på sygefraværsmønstret, herunder en nedsettelse af langtidssygefraværet?

Design: Det var et naturalistisk, kontrolleret studie, hvor effekten af interventionen blev observeret over et år. De deltagere, der gjorde brug af muligheden for udvidet sygefravær i det år, studiet stod på, udgjorde interventionsgruppen. De deltagere, der ikke gjorde brug af det, udgjorde kontrolgruppen. Derudover blev en lignende kommune brugt som referencekommune som sammenligningsgrundlag til den fjerde hypotese.

Målgruppe: Alle deltagere var medarbejdere ansat i en middelstor kommune i Norge. Det var primært ansatte på plejehjem, hjem for mentalt handicappede samt lokale administrative enheder. Et brev blev sendt til alle ansatte med information om muligheden for at anvende udvidet sygefravær. De deltagere, der besvarede det medsendte spørgeskema, blev inkluderet. Ca. halvdelen arbejdede på deltid.

Intervention: Interventionsgruppen: udvidet sygefravær 1-5 dage, op til 4 x årligt (N = 30).

Kontrolgruppen: udvidet sygefravær 1-3 dage, op til 4 x årligt (N = 137). Forskellen mellem de to interventioner var altså muligheden for at få to ekstra dages udvidet sygefravær.

Udfald: Et spørgeskema før og efter interventionen undersøgte deltagernes somatiske symptomer (SHC Ascoring system for subjective health complaints, Eriksen, Ihlebæk & Ursin, 1999). Deltagernes holdninger til arbejde blev målt ved hjælp af en forkortet version af Organizational Commitment Questionnaire (OCQ: Mowday, Steers & Porter, 1979), og ansvarlighed i forhold til arbejdet blev målt ved hjælp af Attendance Pressure Scale (Edgren, 1986; Saksvik, 1996). Personlig arbejdsetik blev målt med Attendance Pressure Scale (Edgren, 1986, Saksvik, 1996). Kommunens sygefraværsregistreringer blev anvendt på forskellig vis. Alle tabte arbejdsdage blev registreret, både i form af selvadministreret og dokumenteret fravær fem mdr. før, under interventionen samt et år efter intervention. Fraværet blev defineret som følger:

- Korttidsselvadministreret fravær var 1-3 dage eller 1-5 dage afhængigt af, om man brugte interventionen.
- Middellangtidssygefravær var 4-16 dage eller 6-16 dage afhængigt af, om man brugte interventionen.

- Langtidssygefravær var mere end 16 dage.

Resultater: Den udvidede form for sygefravær blev brugt 52 gange (> 4-5 dage). Det udgjorde 7,8 % af alt selvadministreret sygefravær. Flere mænd end kvinder brugte muligheden. I forhold til de fire forskellige hypoteser viste det sig at:

- 1) De deltagere, der benyttede sig af det udvidede sygefravær, havde personlige holdninger, der udviste signifikant højere grad af forpligtelse og ansvar for andre medarbejdere. Ellers var der ingen signifikant forskel mellem de to grupper. Forfatterne konkluderede, at denne mulighed således ikke blev misbrugt af medarbejderne til at tage "gratis fridage".
- 2) De deltagere, der benyttede sig af interventionen, havde flere helbredsklager i form af forkølelser/influenza og var også ældre end de andre, men havde ikke flere mentale helbredsklager end de andre.
- 3) De deltagere, der benyttede sig af interventionen, klagede signifikant mindre over forkølelser/influenza og muskel- og skeletbesvær efter interventionen. Til gengæld fandt man en stigning i allergiklager i forhold til resten af deltagerne. Man fandt ingen effekt i forhold til mentale helbredsproblemer.
- 4) Det viste sig, at muligheden for at tage sygefravær ikke reducerede det længerevarende sygefravær.

Kvalitetsvurdering: Det er ikke et randomiseret, kontrolleret studie. Den manglende effekt kan derfor muligvis tilskrives forskelle i deltagerne i de to grupper, frem for en manglende effekt af selve interventionen. Ligeledes blev der brugt en referencegruppe, der kan afvige fra resten af deltagerne. Således er det ikke muligt at konkludere, om resultaterne skyldes vigtige forskelle mellem deltagerne i grupperne, eller om det skyldes effekt af interventionen.

Sammenfatning: Potentielle forskelle mellem grupperne gør konklusionen usikker: At en intervention i form af udvidet mulighed for sygefravær ikke har nogen forebyggende effekt på længerevarende sygefravær (>16 dage) for folk med mentale helbredsproblemer.

Tabel 5.1.3. Dataudtrækningsskema for arbejdsrelaterede forebyggende interventioner for sygefravær og arbejdsfastholdelse

Bibliografiske oplysninger	Studie design og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejds status:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obsl Egne noter
Studie 1 Saksvig og Nyrø, 2001, Norge	CT 1 års followup. Brugere af selvadm. sygefravær medfører mindre helbredsproblemer (psykiske) og reducerer langtidssygefraværet	Medarbejdere i sundhedssektoren i udvalgt kommune. Referencekommune. I arbejde	IG: Medarbejdere med 1-5 selvadm. sygefravær, 4 x på et år, fuld økonomisk kompensation. KG: Medarbejdere ikke frivilligt sygefravær <4 x på et år, 1-3 dage	Somatiske symptomer: SHC, pre og post Sygefravær: Registerdata. Alle selvrapporterede og certificerede arbejdsdage, 5 mdr. før, under og 5 mdr. efter intervention	Selvadm. sygefravær blev ikke misbrugt af medarbejderne. Delta gere udvidet sygefravær havde flere influenza/for kølelser, var ældre, ikke psykiske problemer. Ikke nedgang i LT-sygefravær (>16 dage)	Vigtigt at suppleres selvadm. sygefravær med organisatoriske interventioner for at ændre holdning til sygefravær som coping af længerevarende helbredsproblemer, herunder særligt mentale	Ikke RCT, forskelle mellem de to grupper. Ekstern validitet begrænset. Lille population
Outcome forkortelser SHC A scoringsystem for subjective health complaints (Eriksen, Ihlebaek & Ursin, 1999)		Andre forkortelser IC = Interventionsgruppe KG = Kontrolgruppe					

Diskussion og sammenfatning af afsnit 5.1 forebyggelse af sygefravær, førtidigt arbejdsophør og forbedring af arbejdsevnen

Der er vigtige metodiske forskelle i de anvendte forskningsdesign i de gennemgåede studier, der gør en sammenfatning vanskelig. Der anvendes forskellige design (kontrollerede studier, randomiserede, kontrollerede studier, observationelle studier), forskellige helbredsproblemer (stress, udbændthed, depression, angst) med forskellige målgrupper (telekommunikationsmedarbejdere, plejepersonale, patienter i sundhedssektoren, postmedarbejdere) i forskellige lande (Holland, USA, Finland, Norge) og forskellige typer interventioner (kognitiv adfærdsterapi, fysisk intervention, stress inoculation training, psykoterapi, collaborative care) og forskellige metoder til at måle sygefravær, arbejdsophør og arbejdsevne (selvrapporteret, registerdata).

Forebyggende interventioner med collaborative care

Der er dog flere træk, der kendetegner de syv collaborative carestudier, hvoraf alle studierne havde samme formål med interventionerne. På nær ét studie, der omhandlede angst (Rollman et al. 2005), handlede de andre om depression. Med undtagelse af et enkelt studie med to års opfølgning (Rost et al. 2004) blev interventionerne afgrænset til en etårig periode. Alle studierne påviste både forbedrede kliniske og arbejdsmæssige udfald som følge af interventionerne. De blev hovedsageligt foretaget i USA og omhandlede forbedring af behandling i primærsektoren. Det betyder, at det er svært at generalisere resultaterne til danske forhold, da det amerikanske sundhedssystem er meget anderledes bygget op end det danske. Ligeledes er det svært at sige noget om forebyggelse og arbejdsfastholdelse på lang sigt, da studierne som nævnt havde ret kort opfølgningstid.

Det, der adskiller studierne, er, at to af studierne randomiserede på klinikniveau (Wellset al. 2000, Schoenbaum 2002). Der var desuden mindre forskelle i den måde, collaborative care blev udført på, ligesom de forskellige udfald blev målt på forskellig vis. Et af de største metodemæssige problemer er, at ingen af studierne supplerede subjektive data med objektive data til måling af sygefravær. Dette medfører problemer med den interne validitet i undersøgelserne.

Forebyggende enkeltstrengede interventioner

Der er vigtige forskelle mellem de syv studier, hvilket gør en sammenfatning af resultaterne vanskelig. Der er endnu foretaget meget få randomiserede og/eller kontrollerede studier, der undersøger, om interventioner til forbedring af

mentale helbredsproblemer også kan have en forebyggende virkning på sygefravær og/eller arbejdsophør. Studierne er foretaget i USA, Holland og Finland, og ingen er endnu foretaget i Danmark. Alle studier har gjort brug af interventioner, hvor det var frivilligt for deltageren at modtage interventionen, og de fleste studier påviste en forbedring af de mentale helbredsproblemer. Studierne omhandlede interventioner til forebyggelse af medarbejderes stress eller udbændthed og psykoterapeutisk behandling af angst og depression. De havde alle en begrænset opfølgningsperiode (1-3 år). De havde generelt mange metodiske problemer, der gør konklusionerne usikre. Således anvendte flere studier en selekteret målgruppe eller manglede en sammenlignelig kontrolgruppe. Alt sammen noget, der gør det vanskeligt at adskille interventionens effekt fra forskelle mellem de grupper, der sammenlignes. Nogle studier påviste en delvis reduktion af sygefraværet (fx nedsat varighed, men ikke nedsat hyppighed). Der synes ikke at være et klart mønster, der kan forklare disse resultater. Metodiske begrænsninger gør det således usikkert, om enkeltstrengede interventioner kan forebygge sygefravær.

Med hensyn til stress og udbændthed synes der ikke at være entydige resultater, og alle studier har metodemæssige begrænsninger, der gør fortolkningen af resultaterne usikker. Et enkelt studie viste dog, at kort- og langtidsspsykodynamisk psykoterapi kan reducere langtidssygefravær hos medarbejdere med angst eller depression. Derudover er der et enkelt studie, hvis resultater ikke er taget i betragtning, da det anvender et observationelt design. Derudover er der i et studie påvist, at medarbejdere i risiko for langtidssygefravær får mindre sygefravær efter en arbejdsmedicinsk konsultation.

Der er kun en enkelt undersøgelse, der undersøger forebyggelse på organisatorisk niveau. På grund af begrænset forskningsmæssig kvalitet af dette studie kan der endnu ikke siges noget om effekten på sygefravær, arbejdsophør og arbejdsevne.

Sygefravær og arbejdsophør

To studier pegede på, at en forbedring af behandlingsindsatsen i form af en koordinering af indsatsen kan forebygge sygefravær og arbejdsophør. I forhold til depressive symptomer og depression blev sygefraværet i interventionsgruppen reduceret med 22,8 procentpoint på et år i forhold til kontrolgruppen. Effekten blev mærkbart forbedret, såfremt man kun så på gruppen af deltagere, der var i arbejde på alle de undersøgte tidspunkter. Her faldt sygefraværet med 28,6 procentpoint, og produktiviteten steg med 8,2 procentpoint i forhold til kontrolgruppen. I en lignende indsats i forhold til panikangst og generaliseret angst faldt sygefraværet med 2,6 dage i den sidste måned i forhold til kontrolgruppen. Metodemæssige mangler gør dog tolk-

ningen af resultaterne usikker, og flere studier er påkrævet for at kunne underbygge denne viden yderligere.

I forhold til arbejdsfastholdelse tegner der sig et klarere billede. Her har collaborative care en fremmende effekt på arbejdsfastholdelse af ansatte med depression eller depressive symptomer efter et år (Studie 1: Wang 2007 & 2008; Studie 2: Wells 2000). Ser man på collaborative cares virkning på arbejdsfastholdelse for personer med angst, viste Rollman et al. (2005) en middelstor effekt på arbejdsfastholdelse (15 procentpoint bedre end kontrolgruppen). De deltagere i studiet, der fik en behandling, der lever op til internationale guidelines, oplevede en endnu mere udtalt effekt på arbejdsfastholdelse efter et år (10 procentpoint forbedring af arbejdsfastholdelse i forhold til den gruppe, der modtog behandling, der ikke levede op til guidelines) (Studie 3: Schoenbaum 2002).

Der er mange metodemæssige problemer forbundet med studier, der undersøgte enkeltstrengede interventioners effekt på sygefravær og arbejdsophør. De tre studier, der undersøgte effekten på sygefravær af interventioner i forhold til stress og udbændthed, gav modstridende resultater (Van Rhenen et al. 2006, van Dierendonck 1998 og Kant et al. 2008). I ét studie (van Dierendonck et al. 1998) kunne udbændthed forebygges, men hverken interventioner i form af kognitiv adfærdsterapi eller fysiske interventioner kunne påvise en overbevisende effekt på sygefraværet. Derimod viste tre studier (Knekt et al. 2008, De Boer et al. 2004 og Rost et al. 2005), hvoraf to så på effekt af psykoterapi på sygefravær og ét så på effekt af arbejdsmedicinsk intervention, alle effekt af interventionerne på sygefravær. To studier undersøgte, om henholdsvis psykoterapi eller en arbejdsmedicinsk intervention kunne forebygge arbejdsophør. Knekt et al. (2008) kunne ikke påvise, at psykoterapi kunne føre til bedre arbejdsfastholdelse. De Boer et al. (2004) påviste, at der blandt de deltagere, der havde modtaget en arbejdsmedicinsk intervention, var signifikant færre (17 %), der stoppede med at arbejde, sammenlignet med kontrolgruppen efter to år. Alt i alt må man dog sige, at mere forskning er påkrævet for videnskabeligt at kunne underbygge konklusioner om effekten på sygefravær og arbejdsophør.

Arbejdsevne

Der er endnu få studier, der har beskæftiget sig med interventioner til at forbedre arbejdsevnen hos medarbejdere med mentale helbredsproblemer. De mentale helbredsproblemer, der er undersøgt, er angst og depression. Fire af studierne er foretaget i USA og et enkelt i Finland. Størstedelen af studierne har gjort brug af interventioner, der er foretaget i primærsektoren i USA. Da arbejdsmarkedet og sundhedsvæsenet i USA er bygget meget anderledes op

end i Europa og Danmark, skal man være varsom med at overføre resultaterne til europæiske og danske forhold. De fleste af studierne er karakteriseret ved metodemæssige problemer (selekteret population, selvrapporterede udfald, ikke-validerede måleinstrumenter), der ikke kun gør det svært at generalisere resultaterne, men også gør konklusionerne usikre.

Det er uafklaret, om collaborative care kan forbedre arbejdsevnen. Et studie (Rost et al. 2004) viser en forbedret arbejdsevne i en afgrænset periode (et år) i form af forbedret produktivitet (selvrapporteret) og øget ugentlig arbejdstid, men et andet studie viser ikke forbedret arbejdsevne målt som præstation (målt ud fra HPQ-skalaen). Flere studier er påkrævet for at kunne afklare, om disse modstridende tendenser afspejler forskelle i måden at måle arbejdsevnen på, eller om det afspejler effekten af interventionen. I forhold til enkeltstrengede interventioner er der i enkelte studier indikation for, at korttidsterapi kan forbedre den psykologiske præstationsevne inden for seks måneder. Derudover er der indikation for, at langtidsspsykodynamisk psykoterapi kan forbedre arbejdsevnen i form af øget kapacitet og øgede arbejdsmæssige ressourcer, den generelle præstationsevne og generel psykologisk præstationsevne inden for en tidsperiode på tre år. Der er desuden indikation for, at en arbejdsmedicinsk intervention kan have effekt på medarbejderens kapacitet og ressourcer på arbejdet i en kort tidsperiode (seks måneder), men ikke på længere sigt (to år).

5.2. TTA-interventioner for sygemeldte

Som beskrevet i Kapitel 2 er der en øget risiko for sygefravær hos personer med mentale helbredsproblemer, og der er desuden i de senere år sket en stigning i andelen af tildelte førtidspensioner på grund af mentale helbredsproblemer. Til trods for at man ved, at langvarigt sygefravær øger risikoen for udstødning fra arbejdsmarkedet og førtidspension, er der endnu kun begrænset forskning i tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer sammenlignet med sygefraværsforskningen i muskel- og skeletbesvær. Der er dog i de seneste år sket en kraftig stigning i den forskningsmæssige og politiske interesse i sygefravær og tilbagevenden til arbejde for denne gruppe af sygemeldte. I skrivende stund gennemføres og afprøves en række TTA-interventioner i indland og udland for at sikre en hurtig og varig tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Der kan således forventes afrapportering af interventionernes resultater i de kommende år.

I dette afsnit vil vi undersøge indholdet og effekten af TTA-indsatser rettet mod sygemeldte med mentale helbredsproblemer – hovedsageligt personer, som er i arbejde ved sygemeldingen. Afsnittet har til formål at afdække, hvad der hjælper sygemeldte med mentale helbredsproblemer tilbage til arbejde. Ud fra en systematisk gennemgang af litteraturen vil følgende spørgsmål søges besvaret:

- Hvilke interventioner er effektive i forhold til tidlig og varig tilbagevenden til arbejde?
- Er der en sammenhæng mellem reduktion af symptomer, og om man kommer tilbage til arbejde?

Litteratursøgningen viste, at der hidtil kun er gennemført meget få randomiserede, kontrollerede TTA-interventioner for beskæftigede med mentale helbredsproblemer. Efter gennemlæsning af titler, abstracts og artikler er der inkluderet 15 artikler. TTA-interventionerne er hovedsageligt gennemført i Holland, og der findes endnu ikke publicerede randomiserede, kontrollerede studier af sygemeldte med mentale helbredsproblemer i Danmark.

Der er identificeret fem igangværende TTA-studier, som lever op til inklusionskriterierne, og vi forventer resultater fra disse i nærmeste fremtid. De igangværende TTA-studier vil blive gennemgået i særskilt afsnit, hvorfor dette afsnit udelukkende vil beskæftige sig med TTA-studier, der foreligger publicerede resultater fra.

Afsnittets opbygning

Ud fra gennemlæsning af den inkluderede litteratur tegner der sig et billede af tre forskellige typer af TTA-interventioner med hver deres primære fokus-områder i interventionen. TTA-interventionerne kan inddeles i følgende tre kategorier:

4. Kategori 1: Informerende/ minimale interventioner (to studier)
5. Kategori 2: Personorienterede interventioner (fire studier)
6. Kategori 3: Person- og arbejdspladsorienterede interventioner (fem studier)

Dette afsnit redegør for disse tre kategorier i oplistede rækkefølge for afslutningsvis at diskutere de tre interventionsformer indbyrdes.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er tale om store kvantitative forskelle mellem de tre kategorier. Der er snarere tale om kvalitative forskelle, idet interventionerne så at sige placerer sig forskellige steder på to kontinuaer: Et kontinuum, der dækker omfanget af TTA-interventionen, og et kontinuum for inddragelse af arbejdspladsen og arbejdsrelaterede forhold.

Skematisk kan det præsenteres således:

	Minimal inddragelse af arbejdsplads	Omfangsrig inddragelse af arbejdsplads
Minimal intervention	Kategori 1	
Omfangsrig intervention	Kategori 2	Kategori 3

Kategori 1 består af interventioner, hvis hovedfokus er på at informere eller rådgive de sygemeldte frem for en mere terapeutisk bearbejdning af psykologiske eller arbejdsmæssige forhold.

Kategori 2 og 3 kan betragtes som befindende sig i forskellige poler på et "inddragelse af arbejdsplads"-kontinuum, hvor den ene pol er karakteriseret ved et stort fokus på arbejdspladsen, mens den anden pol er karakteriseret ved en individ- og personlighedsorienteret tilgang.

En anden forskel på kategori 2 og kategori 3 er, at kategori 2 består af interventioner, hvor psykologer eller sagsbehandlere fungerer som behandlere, mens kategori 3 indeholder interventioner, som hovedsageligt er gennemført af arbejdsmedicinere eller andre arbejdspecialister.

Vi har valgt at redegøre relativt detaljeret for de enkelte TTA-interventioner. Vi mener, at denne detaljeringsgrad er vigtig for at give læseren en konkret forståelse af de konklusioner, vi drager senere i kapitlet. Derudover kan den detaljerede beskrivelse give praktikere og forskere inspiration til at gennemføre fremtidige TTA-studier og dermed bidrage til dette forskningsfelt, der endnu er i sin begyndelse.

Evidensgrundlaget – gennemgang af kategori 1: Informerende/minimale TTA-interventioner

I dette afsnit redegøres der for studier, der har afprøvet en forholdsvis minimal TTA-intervention, hvis fokus er på at informere og/eller rådgive den sygemeldte uden at beskæftige sig med dybereliggende personlighedsmæssige eller arbejdspladsrelaterede forhold. Dataudtrækning er sidst i afsnittet i Tabel 5.2.1.

Studie 1 (Fleten & Johnsen 2006)

Forskningsspørgsmål: Har en minimal intervention pr. brev en effekt på længden af sygefravær hos sygemeldte som følge af muskel- og skeletbesvær eller psykiske lidelser? *Design:* Randomiseret, kontrolleret med opfølgning efter et år.

Målgruppe: Sygemeldte med >14 dages sygefravær på grund af muskel- og skeletbesvær eller psykiske lidelser. *Eksklusionskriterier:* Fejldiagnoser, førtidspension og manglende adresse. N = 1000, hvoraf interventionsgruppen omfattede 495 og kontrolgruppen 501 personer. I interventionsgruppen havde 79 personer en mental lidelse (depression eller anden psykisk lidelse), mens tallet var 90 i kontrolgruppen.

Interventioner: Deltagerne i interventionsgruppen modtog en "informations-pakke", der indeholdt arbejdsrelaterede informationer samt et spørgeskema. De arbejdsrelaterede informationer bestod af en kort orientering om gældende lovgivning og TTA-muligheder for sygemeldte personer. Deltagerne blev oplyst om:

1. Muligheden for at etablere et samarbejde mellem ansat, arbejdsplads og forsikringssystemet om arbejdstilpasninger og delvis tilbagevenden til arbejde.
2. At der kræves særligt tilsagn fra forsikringssystemet, hvis sygedagpenge skal udbetales mere end 12 uger.

I spørgeskemaet blev deltagerne spurgt om forventet længde af sygefravær og behov for samt forventninger til muligheden for arbejdstilpasninger i forhold til årsagen til sygemeldingen. Dermed blev de sygemeldte ifølge forskerne udfordret til at reflektere over og tage stilling til deres tanker om tilbagevenden og arbejdstilpasninger.

Af de 495 sygemeldte i interventionsgruppen besvarede 160 (32 %) spørgeskemaet, og 61 personer angav, at kopi af spørgeskemaet måtte videregives til det nationale forsikringssystem. Det forventes, at næsten alle har åbnet og delvist læst informationspakken, idet afsenderen var National Insurance Office (NIO), som de sygemeldte får udbetalt deres penge af. Kontrolgruppen modtog samme indsats som interventionsgruppen, når man ser bort fra "informationspakken". Den sædvanlige indsats bestod angiveligt i nogle besøg hos praktiserende læge samt kontakt til NIO.

Udfald: Effekt på sygemelding blev målt som længden af sygefravær (total længde til fuldstændig TTA). Der blev brugt registreringer fra NIO.

Resultater: En "intention-to-treat-analyse" viste, at interventionen reducerede sygefraværlængden signifikant hos sygemeldte med mentale lidelser. Tidspunktet for tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med psykiske helbredsproblemer i interventionsgruppen var 80 dage, mens tallet var 117,2 dage for kontrolgruppen, hvilket svarer til 32 % mindre sygefravær i interventionsgruppen. Forskellen på interventions- og kontrolgruppen indtrådte først efter 12 ugers sygefravær, hvor NIO skal give et formelt tilsagn om, at man som sygemeldt kan modtage sygedagpenge.

Sammenfatning: Minimal information samt opfordring til refleksion over forventninger og muligheder for TTA kan reducere sygefraværet hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer signifikant. En mangel ved studiet er dog, at der ikke er testet for forskelle i sværhedsgrad og kronicitet af sygdomme mellem interventions- og kontrolgruppe, hvilket potentielt kunne forklare forskellen i længden af sygefravær.

Studie 2 (Bakker et al. 2006; Bakker et al. 2007)

Forskningsspørgsmål: Er MISS (minimal intervention for stressrelated mental disorders) mere effektiv sammenlignet med sædvanlig indsats i reduktion af sygefraværet hos patienter med stressrelaterede mentale lidelser samt til forebyggelse af, at symptomerne bliver kroniske? Design: Randomiseret, kontrolleret studie med et års opfølgning.

Målgruppe: Sygemeldte med <3 mdr. sygefravær fra et lønnet job, som rapporterer om forhøjet niveau af "distress".

Eksklusion: Alvorlig psykiatrisk lidelse (mani eller psykose), patienter med terminale lidelser og sprogsvækkeligheder. 433 patienter inkluderedes (MISS: 227, Kontrolgruppe: 206).

Intervention: 46 læger i primærsektoren randomiseredes i to grupper: en interventionsgruppe, der modtog undervisning i MISS (i alt 11 timer), og en kontrolgruppe, der gav sædvanlig behandling. MISS interventionen bestod af tre konsultationer a 10-20 minutter. Den sædvanlige behandling bestod af almindelige besøg hos den praktiserende læge. MISS er inspireret af kognitiv adfærdsterapi og problemløsningsfokuseret behandling og består af fem elementer: 1) vurdering, 2) psykoedukation, 3) råd og vejledning, 4) kontrol/sikring af at patienten bevæger sig i rigtig retning 5) viderehenvisning, hvis ingen forbedring ses efter fire ugers indsats. Det var frivilligt for lægerne i interventionsgruppen, i hvilket omfang de anvendte MISS.

Udfald: Primært outcome: Sygefraværslængde indtil tilbagevenden på fuld tid (minimum fire ugers arbejde uden delvis eller fuld sygemelding). Sekundære udfald: Selvrapporteret distress, depression, angst og somatisering målt med 4DSQ samt evnen til problemløsning og coping. Udfald registreredes ved baseline og efter to, seks og 12 måneder.

Resultater: Der var ingen signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppe i forhold til længden af sygefraværet (medianen af sygefraværdsdage inden tilbagevenden er 96 i IG og 102 i KG, dvs. 6 % mindre i IG end i KG) eller alvorligheden af selvrapporterede symptomer ved opfølgning. Interventionsgruppen havde i gennemsnit 2,55 besøg hos lægen i de første tre måneder efter inklusion i forsøget, mens kontrolgruppen havde 2,50 besøg. I løbet af de 12 måneders opfølgning reduceredes alvorligheden af alle symptomer signifikant i begge grupper.

Sammenfatning: Det er ikke vist, at MISS i sin nuværende form er mere effektiv end sædvanlig behandling. Da studiet ikke undersøger, i hvor høj grad lægerne i interventionsgruppen anvender MISS, og da lægerne desuden kun har modtaget 11 undervisningstimer i MISS, kan det problematiseres, om de reelt anvender teknikkerne fra MISS. Det er derfor usikkert, hvor stor en forskel der reelt har været på den intervention, som interventions- og kontrolgruppen modtog. Fremtidige studier bør derfor supplere effektevalueringen med en procesevaluering af gennemførelsen af interventionen.

Opsummering

Da der endnu kun er publiceret to informerende/minimale TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer af høj nok kvalitet, er det ikke muligt at drage omfattende konklusioner for kategori 1. Begge studier har desuden kvalitetsmæssige problemer, som deslige gør det vanskeligt at konkludere.

Dog kan det konkluderes, at det endnu ikke er påvist, at op til tre samtaler af 10-20 minutter med egen læge i primærsektoren reducerer sygefravær eller symptomniveau signifikant, omend der i studierne skete en reduktion på seks sygefraværsk dage i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Derimod ser tilsendelse af skriftligt informationsmateriale ud til at have en lille, men signifikant effekt for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, idet tidspunktet for tilbagevenden til arbejde blev reduceret med 37,2 dage for denne subgruppe. Forfatterne bag dette studie argumenter for, at den signifikante forskel skyldes, at sygemeldte med mentale helbredsproblemer har mere brug for informationer om *muligheder* for tilbagevenden (delvis tilbagevenden samt arbejdstilpasninger) end interventioner, der er rettet mod at forbedre symptomniveau samt evne til tilbagevenden. Det ligger uden for studiets design at konkludere dette, men en mulig hypotese er, at interventionen har bidraget med en viden til interventionsgruppen, der resulterede i en anden TTA-adfærd, end tilfældet er for kontrolgruppen.

Evidensgrundlaget – gennemgang af kategori 2: Personorienterede interventioner

Der er gennemført fire TTA-interventioner, som kan kategoriseres som personorienterede/personlighedsfokuserede, hvor enten sagsbehandlere eller psykologer søger at nedbringe længden af sygefraværet ved at øge den sygemeldtes evne til fx stresshåndtering, afslapning, konfliktløsning, kommunikation etc. gennem individuelle og/eller gruppeforløb. Dataudtrækning er sidst i afsnittet i Tabel 5.2.2.

Studie 1 (Brouwers EPM et al. 2006b; Brouwers EPM et al. 2006a; Brouwers EPM et al. 2007)

Forskningsspørgsmål: Er en aktiverende intervention gennemført af socialarbejdere for sygemeldte med mindre mentale helbredsproblemer mere effektiv og rentabel sammenlignet med sædvanlig indsats i reduktion af sygefraværet?

Tabel 5.2.1. Dataudtrækning for informerende/minimale TTA-interventioner

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type inter-vention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 1 Fleten & Johnson 2006, Norge	RCT 1 års followup. Minimal intervention pr. brev har effekt på længden af sygefravær	N = 1.000 (IG=500, KG = 500) Sygemeldte >14 dage)	IG: Informati- onspakke KG: UC	Sygefraværperiode: Start til fuld TTA (regi- sterdata) Spørgeskema om over- vejelser om TTA	Subgruppeanalyse for delagere med mentale helbredsproblemer viser signifikant reduktion af sygefraværet på 37,2 dage i IG's favør	Minimal brevinter- vention reducerer sygefraværet i sub- grupper	En del bias, der ikke er taget højde for!
Studie 2 Bakker et al. 2006 og 2007 Holland	Design: RCT. 1 års followup. Hypoteser: MISS er mere effektiv sammenlignet med UC	433 patienter (MISS: 227, UC: 206) sygemeldte < 3 mdr. fra et betalt job, og som rappor- terede forhøjet niveau af distress	En minimal intervention for stressrela- terede lidelser (MISS) inspire- ret af CBT og løsningsfoku- seret behand- ling	Primær Outcome: Længden af sygefravær indtil varig fuld tilba- gevend. Sekundær udfald: Distress, de- pression, angst og so- matisering	Der blev ikke fundet bed- re effekt af MISS end UC på hverken sygefravær eller symptomlindelse	I sin nuværende form er MISS ikke mere effektiv end UC	

Forkortelser
 IG = Interventionsgruppe
 KG = Kontrolgruppe
 TTA=Tilbage til arbejde
 UC= Usual care
 RCT= Randomiseret kontrolleret studie

Design: Randomiseret, kontrolleret studie. 194 inkluderedes: 98 i interventionsgruppen og 96 i kontrolgruppen. Opfølgning efter 18 måneder.

Målgruppe: Praktiserende læger udredte og visiterede sygemeldte til forsøget efter følgende inklusionskriterier: Har betalt arbejde og sygefravær i min. en dag og maks. tre måneder. Eksklusionskriterier: Personer med moderate eller alvorlige affektive lidelser, personer der allerede modtog psykoterapeutisk intervention.

Intervention: 11 socialarbejdere blev oplært tre dage i en behandlingsprotokol, som er udviklet til behandlingen af mindre mentale helbredsproblemer (MMH) baseret på kognitive adfærdsterapeutiske principper. I Holland er der nem og gratis adgang til socialarbejdere. Behandlingsprotokollen beskrev en behandling bestående af maks. fem sessioner af 50 minutter fordelt over en 10-ugers periode. Behandlingen bestod i, at patienten skulle tilegne sig copingevner og problemløsningsstrategier, og der fokuseredes på problemerne her og nu. En gradvis aktivitetsforøgelse og brug af dagsskema med vekselvirkning mellem aktivitet og hvile anbefalede, hjemmeopgaver tildelte, og patienterne opfordredes til at vende tilbage til arbejde så hurtigt som muligt og tage kontakt til arbejdsmediciner for at diskutere genoptagelsen. Det anbefalede, at arbejdstimer og arbejdsmængde blev opjusteret forsigtigt. Kontrolgruppen modtog sædvanlig indsats, som bestod af samtaler med praktiserende læge samt evt. udskrivning af medicin og evt. henvisning til psykolog.

Udfald: 1) Sygefraværslængde (antal dage inden første dag hvor arbejdet genoptages fuldtids eller deltid). 2) Mentalt helbred og fysisk helbred. Udfald blev målt ved baseline og tre, seks og 18 måneder efter intervention. Data analyseredes efter intention-to-treat-princippet.

Resultater: Interventions- og kontrolgruppen adskilte sig ikke signifikant fra hinanden på nogen af de målte udfald bortset fra, at interventionsgruppen var mere tilfredse med behandlingen. I forhold til længden af sygefraværet gik der 106 dage til delvis eller fuld genoptagelse af arbejdet for interventionsgruppen og 121 dage for kontrolgruppen, dvs. en forskel på 15 dage (12 %), som ikke var signifikant. Både deltagere i interventions- og kontrolgruppen opnåede normale scorere på alle symptomskalaer (angst, depression, distress og somatisering) ved tre og seks måneder efter baseline, mens der gik 18 måneder, før scorerne på Role Physical og Role Emotionalskalaerne i SF-36 nåede et normalt niveau. Dette kan indikere, at funktionsniveauet er længere tid om at blive genoprettet end de mentale helbredsproblemers kernesymptomer.

Procesevalueringen viser, at socialarbejderne overholdt protokollens forskrifter pænt, og 69 % i interventionsgruppen deltog i alle fem sessioner. En økonomisk evaluering af studiet viser, at udgifterne til interventions- og kontrolgruppen var ens, og at deltagere i både interventions- og kontrolgruppe havde samme antal sessioner hos praktiserende læge, hvormed interventionen ikke lettede lægernes arbejde som forventet.

Sammenfatning: Interventionen medførte en ikke-signifikant reduktion af sygefravær på 15 dage (12 %) i interventionsgruppens favør. Symptomniveauet for både interventions- og kontrolgruppe blev bedret i løbet af opfølgningsperiodens 18 måneder, men der var ingen signifikant forskel på reduktion i symptomniveauet grupperne imellem. Det kan problematiseres, hvorvidt kontrolgruppen reelt modtog sædvanlig indsats, idet langt flere end normalt fik henvisning til psykologisk behandling. 35 % af deltagerne i kontrolgruppen blev viderehenvist til psykologisk ekspertise (normalt er det kun 10 %). Dette kan have udvisket en eventuel forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Det er derfor vanskeligt at konkludere sikkert om interventionens effekt sammenlignet med sædvanlig indsats/behandling.

Studie 2 (Nystuen & Hagen 2006)

Forskningsspørgsmål: Hvad er effekten af et løsningsfokuseret opfølgningsforløb for langtidssygemeldte med psykiske problemer (ikke alvorlige) eller muskel- og skeletbesvær? Studiedesign: Randomiseret, kontrolleret studie. Antal: 103 personer inkluderedes, 53 i interventionsgruppen og 50 i kontrolgruppen.

Målgruppe: På baggrund af den praktiserende læges diagnose inviteredes 703 sygemeldte (med mellem syv og 12 ugers sygefravær) af socialkontoret til at deltage. Grundet lav tilslutning inviteredes også sygemeldte med op til 12 måneders sygemelding. Inklusionskriterier: Psykiske problemer, symptomer på mental udmattelse og udbrændthed, muskel- og skelet smerter. Eksklusionskriterier: Alvorlige psykiatriske problemer, muskel- og skeletlidelser, selvstændige erhvervsdrivende.

Intervention: Interventionsgruppen modtog et løsningsfokuseret gruppeforløb, og omkring halvdelen af deltagerne modtog også individuelle samtaler. Gruppeforløbet bestod af otte ugentlige sessioner a 3-4 timer. Hovedfokus var på copingstrategier, støtte deltagerne imellem samt løsninger og mål for fremtiden. Halvdelen af hver session blev brugt på et fastlagt emne, fx selvtilid, kommunikation, konflikthåndtering, coping med stress, mens den anden halvdel blev brugt i mindre grupper (3-4 personer) med fokus på målbeskrivelse, støtte og konstruktiv feedback. Interventionen blev gennemført af fire

psykologer. Kontrolgruppen modtog sædvanlig indsats, som inkluderede en række behandlinger og aktiviteter, fx psykoterapi og andre behandlingsmuligheder (ikke nærmere beskrevet).

Udfald: Der blev anvendt "overlevelsesevaluering" af sandsynligheden for tilbagevenden til arbejde inden et år. Information om den totale længde af sygefraværet blev indhentet fra register, som kun oplyste om fuld tilbagevenden.

Resultater: En subgruppeanalyse for sygemeldte med mentale helbredsproblemer (25 fra interventionsgruppen og 15 fra kontrolgruppen) viste, at der ikke var signifikant forskel på sygefraværets længde mellem interventions og kontrolgruppe. Artiklen af rapporterede ikke, hvor mange dages forskel i sygefravær og tabte arbejdsdage der var for subgruppen med mentale helbredsproblemer mellem henholdsvis interventions- og kontrolgruppe. I subgruppeanalysen af sygemeldte med mentale helbredsproblemer sås der en signifikant forskel i scoren på SF-36's subskala mentalt helbred og en pæn, men ikke signifikant forskel i scoren på skalaen socialt funktionsniveau ($p = 0,06$) ved seks måneders opfølgning.

Sammenfatning: En frivillig løsningsfokuseret intervention tilbudt af socialkontoret og gennemført af psykologer er ikke signifikant mere effektiv end almindelig opfølgning samme sted til at reducere sygefraværslængden for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Der indgik dog meget få deltagere i subgruppeanalysen, hvorfor det er nødvendigt med flere eller større studier for at konkludere, at denne type intervention ikke formår at nedbringe sygefraværet signifikant hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Studie 3: (de Vente et al. 2008)

Forskningsspørgsmål: Hvad er effekten (reduktion af sygefravær og symptomer samt øget behandlingstilfredshed) af Stress Management Training (SMT) baseret på kognitiv adfærdsterapi hos sygemeldte med arbejdsrelateret stress? *Studiedesign:* Randomiseret, kontrolleret studie. *Deltagere:* 82 sygemeldte visiteredes til tre grupper: (SMT-I = 28), (SMT-G = 28), (KG = 26). *Opfølgning* efter 10 måneder.

Målgruppe: Sygemeldte med arbejdsrelateret stress. En klinisk psykolog gennemførte inklusionssamtale ved brug af CIDI og MDI efter disse (inklusions) kriterier: Neurasteni og arbejdsrelaterede stressorer er hovedårsag til symptomer, (delvist) sygefravær mellem 2 uger og seks måneder. Eksklusionskriterier: Psykiatrisk diagnose såsom major depression, socialfobi, angstlidelser, etc. samt omfattende misbrug.

Intervention:

- SMT-I består af 12 individuelle sessioner a en time med psykologer fordelt over fire måneder. Interventionen følger en struktureret manual. Manualen for både SMT-I og SMT-G består af fem moduler: 1) Psykoedukation, identificering af stressorer og afslapningsteknikker, 2) Kognitiv omstrukturering, 3) Time management og målsætning, 4) Assertionstræning, 5) Evaluering og forebyggelse af tilbagefald. Der er hjemmeøvelser mellem sessionerne. Deltagere i SMT-I har regelmæssige besøg hos arbejdsmedicinere og egen læge, da det er krævet af det hollandske system.
- SMT-G består af 12 gruppesessioner a to timer med to psykologer. Der er syv deltagere i hver gruppe. SMT-G følger samme fem moduler som SMT-I. Deltagere i SMT-G har regelmæssige besøg hos arbejdsmedicinere og egen læge, da det er krævet af det hollandske system.
- Kontrolgruppen modtog sædvanlig indsats, som bestod af en række besøg hos arbejdsmedicinere, egen læge og maksimalt fem behandlingssamtaler med psykolog eller socialarbejder.

SMT opfordrede deltagerne til at genoptage arbejdet, hvis deres symptomklager havde nået et acceptabelt niveau, men de blev på ingen måde tilskyndet til at genoptage arbejdet så hurtigt som muligt. Derudover blev de opfordret til at se kritisk på deres arbejde, generelle liv, værdier og mål, hvilket kunne føre til en bevidsthed om en diskrepans mellem arbejde og person.

Udfald: Sygefraværet var selvrapporteret og blev angivet i antal timer ved ugentlig udfyldelse af dagbog. Informationerne operationaliseredes på to måder: Det samlede antal sygefraværsdage og tiden indtil fuld genoptagelse af arbejdet. Tiden indtil fuld genoptagelse blev udregnet fra den første sygedag under den sygefraværperiode, som deltagerne indgik i forsøget. Graden af udbrændthed og distress målt ved baseline og efter fire, syv og 10 måneder ved brug af MBI-GS (Maslach Bournout Inventory – General Survey), CIS (Checklist Individual Strength) og DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales).

Resultater: Analyserne blev lavet efter intention-to-treat-princippet. Der var overordnet ingen signifikant forskel grupperne imellem, hverken i forhold til samlet antal sygedage, tidspunkt til fuld tilbagevenden eller symptomniveau. Deltagere i SMT-I-gruppen havde i gennemsnit et sygefravær på 9,6 uger, SMT-G på 8,6 uger og kontrolgruppen på 8,7 uger, men forskellen var ikke signifikant. Studiet peger på, at udbyttet af SMT afhænger af niveauet af depressions- og angstsymptomer, hvor de med lavere symptomniveau har større udbytte af SMT. Der var desuden tendens til, at SMT-modtagerne var

mere tilfredse med behandlingen end deltagerne i kontrolgruppen, som modtog sædvanlig indsats.

Sammenfatning: 12 sessioner af SMT modtaget individuelt eller i gruppe resulterede ikke i en reduktion af sygefravær eller symptomer sammenlignet med sædvanlig indsats over en 10-månedersperiode. Det er værd at bemærke, at hele 28 % af alle deltagerne efter 10 måneder ikke havde genoptaget arbejdet, og at niveauet for en række symptomer stadig var relativt højt efter 10 måneder hos en række deltagere. Da den sædvanlige indsats i Holland er temmelig omfattende (42 % af deltagerne i kontrolgruppen modtog op til fem sessioner hos psykolog eller socialarbejder), er det vanskeligt at konkludere sikkert om SMT's reelle effekt. Derudover indgik der meget få deltagere i hver af de tre grupper. Der er derfor brug for flere og større studier med SMT for at konkludere noget sikkert om effekten.

Studie 4: (Grossi G & Santell B 2009)

Forskningsspørgsmål og design: Hvad er effekten af en stressmanagementintervention sammenlignet med sædvanlig indsats? Designet var kvasiexperimentelt, med en interventions- og kontrolgruppe. Effekten af interventionerne blev observeret over fem år.

Målgruppe: 24 kvinder, der var sygemeldte på grund af arbejdsrelaterede psykiske helbredsproblemer, blev rekrutteret fra et sundhedscenter i en mindre by i Sverige: Eskilstuna. Deltagerne blev inkluderet, såfremt de havde tilpasningsforstyrrelser som følge af arbejdsrelateret stress, og hvis de kunne opfylde de diagnostiske kriterier for en tilpasningsreaktion, ifølge ICD-10 (F43.9). Deltagere i kontrolgruppen blev matchet for alder, køn, beskæftigelse, diagnose og sygdomsforløb og blev rekrutteret fra samme sundhedscenter (N = 12).

Intervention: Alle deltagere i både interventions- og kontrolgruppe modtog standard behandling for stressrelaterede tilstande på baggrund af guidelines udgivet af det svenske psykiatriske selskab. Behandlingen bestod af psyko-
edukation, medicinsk behandling af søvnforstyrrelser og depression, psykoterapi, afspænding, fysisk træning og forbedring af arbejdspladsen i samarbejde med medarbejdere, fagforeninger og de "sociale forsikringselskaber". Længden af behandlingerne varierede, men deltagerne kunne eksempelvis modtage behandling i de fem år, studiet stod på. Begge grupper modtog dog et sammenligneligt antal og type behandlinger.

Derudover modtog deltagerne i interventionsgruppen et 12 ugers: "Rehabilitation programme for stressrelated ill health". En halv dag om ugen modtog

de undervisning og udvekslede tanker og oplevelser. Derudover mødtes deltagerne yderligere en gang om ugen i en halv dag for at øve afslapningsteknikker og diskutere relevante temaer med hinanden. Indholdet i sessionerne omhandlede livsstil, stress, coping, wellness faktorer, kognitive attributioner, ændringer af adfærdsmæssige reaktioner mod stress, tillid, optimisme samt fysisk og psykisk afspænding. Derudover blev elementer fra kinesologi inddraget. Sessionerne blev afholdt af tre forskere: En adfærdsterapeut, en ergonom og en wellness konsulent. Lederen af kurset havde også individuelle sessioner med hver deltager, og der blev foretaget opfølgning i form af rehabiliteringsmøder med læger, kursusledere, nærmeste leder, personalekonsulenter og kontaktperson fra det sociale forsikringssystem. Efter de 12 uger fortsatte deltagerne med sædvanlig indsats.

Udfald: Deltagernes symptomer på depression og udbrændthed blev målt ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer (BDI og KES: Karolinska exhaustion scale). Sygemelding og sygefravær, økonomisk støtte og TTA blev indsamlet via interview og patientjournaler. Dette blev indsamlet før og efter TTA-indsatsen og ved et, tre og fem års opfølgning. Der blev desuden taget blodprøver.

Resultater: Deltagernes symptomer på depression blev forbedret i begge grupper. Dog havde deltagerne i interventionsgruppen signifikant lavere rater af udbrændthed ved opfølgningen seks måneder efter interventionen. Overraskende steg hæmoglobinniveauet i blodet i begge grupper, hvor man ellers kunne forvente det modsatte. Ved femårsopfølgningen var der ingen forskel i TTA-rater imellem interventions- og kontrolgruppen, og 40 % af deltagerne i begge grupper var i arbejde.

Konklusion: Den udvidede behandling havde en bedre effekt på symptomer på udbrændthed end den sædvanlige behandling. Dog var den udvidede behandling ikke mere effektiv i forhold til TTA. Af metodiske begrænsninger skal nævnes, at studiet anvendte en selekteret og meget lille målgruppe. Yderligere begrænsninger var den manglende randomisering af deltagerne, der dog blev søgt kompenseret ved at matche interventionsgruppen med kontrolgruppen.

Sammenfatning

Der er endnu kun publiceret resultater fra få studier af personorienterede TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, hvor sagsbehandlere eller psykologer er behandlere. De gennemgåede interventioner har hovedfokus på at forbedre den sygemeldtes egne forudsætninger og kompetencer. Mellem studierne forekommer der at være forskel på, i hvor høj grad de sygemeldte opfordres til (hurtig) TTA. I studiet af Brouwers et al. opfordredes de sygemeldte til hurtig TTA, aktivitetsøgning og kontakt til arbejdsmedicinere, mens Nystuen et al. understreger, at interventionen *ikke* opfordrede deltagerne til at komme så hurtigt tilbage som muligt, da dette vurderedes at være i modstrid med det løsningsfokuserede princip om, at folk selv ved, hvad der er bedst for dem i situationen. I studiet af De Vente et al. opfordredes deltagerne til at øge arbejdsaktiviteten, når de følte, at deres symptomniveau tillod det, og ikke før.

Uanset hvor stort interventionens fokus har været på hurtig TTA, må det konkluderes, at ingen af interventionerne formåede at reducere længden af sygefraværet signifikant. Der var tale om en ikke-signifikant reduktion på henholdsvis 15 dage (12 %) i ét af studierne, mens der i studiet af De Vente sås en ikke-signifikant øgning på en lille uge for SMT-I sammenlignet med kontrolgruppen.

En mulig forklaring på den manglende effekt kan være, at interventionerne blev gennemført for langt væk fra de arbejdspladser, de sygemeldte skulle tilbage til. Behandlerne har måske ikke haft kendskab nok eller kontakt til de specifikke arbejdspladser og har måske derfor ikke kunnet give tilstrækkelig målrettet og specifik rådgivning, behandling og støtte til de sygemeldte til tilbagevenden til et konkret arbejde på en konkret arbejdsplads. De gennemgåede studier har desuden et relativt begrænset antal deltagere, hvorfor den manglende signifikans kan hænge sammen med begrænset statistisk power. Fremtidige studier må bekræfte eller afkræfte dette.

Det er dog værd at bemærke, at Nystuen et al.s studie faktisk viste en signifikant forskel på scoren på SF-36 subskalaen om mentalt helbred. Derudover er det relevant at bemærke, at de sygemeldte i Brouwers studie var hele 18 måneder om at opnå en normal score på Role Physical og Role Emotional-skalerne, hvilket peger på, at der går lang tid fra faktisk tilbagevenden til normalisering af funktionsniveauet. Det er vigtigt at tage højde for dette i planlægningen af arbejdsopgaver og arbejdskrav også *efter* tilbagevenden for at sikre en varig fastholdelse.

Tabel 5.2.2. Dataudtrækning for personorienterede TTA-interventioner

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 1 Brouwers et al. 2005, 2006, Holland	Pragmatisk RCT Hypotese: Social workers intervention for personer med mindre mentale helbredsproblemer er mere effektiv og rentabel sammenlignet med UC i reduktion af sygefravær	194 personer: 98 i IG og 96 i KG. Inkl: har betalt arbejde og sygefravær 1< og >3 mdr. Personer med moderate eller alvorlige af følelseslidelser ekskluderes	Interventionen tager udgangspunkt i protokolbase-ret CBT-principper.	Sygefraværslængde (dage inden TTA fuldtid/deltid), mentalt og fysisk helbred. Måles ved baseline, 3, 6 og 18 måneder. Økonomisk udgift	Ingen signifikant forskel på IG og KG på sygefravær eller symptomniveau. Dog var IG mere tilfredse med behandlingen. Ingen signifikant økonomisk forskel på IG og KG	Ingen effekt af interventionen på sygefraværet	
Studie 2 Nystuen og Haugen: 2006, Norge	RCT 1 års followup Effekt af løsningsfokuseret intervention for langvarigt sygemeldte med mentale – eller muskel-skelet-problemer	N = 103 sygemeldte (> 7 uger) i beskæftigelse med alvorlige psykologiske problemer eller muskel-skelet-smerter	IG: Løsningsfokuseret (systemisk) KG: UC	Antal sygefravær i dage Arbejdsstatus Oplevet helbredsmæssig status (SF-36).	Ingen forskel	En løsningsfokuseret intervention er ikke mere effektiv end en normal	Ikke nok antal deltagere
Studie 3 De Vente et al.	RCT SMT giver mindre sygefravær	N=82 Sygemeldte med arbejdsrelateret stress	SMT-I: Manualiserede psykologsamtaler. SMT-G: Gruppepsykologisk intervention KG: UC	Selvrapporteret sygefravær (timer/ugt). Samlet antal sygefravær i dage. Tid indtil fuld TTA. MBI-GS CIS DASS	Ingen signifikant forskel i sygefravær eller symptomniveau mellem grupperne	Udbytte af SMT afhænger af symptomniveau: Jo lavere symptomer, jo større udbytte	Potentiel cross-over-effekt mellem intervention og kontrolgrupper

Studie	Studiedesign og forsknings- og spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type inter-vention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 4 Grossi and San- tell 2009, Sverige	CT: Kvasiekperi- mentalt design. Effekt af stress management intervention. Follow- up 5 år	24 kvindelige sy- gemeldte pga. arbejdsrelaterede psykologiske pro- blemer	IG: Standard stress manage- ment+personre- lateret gruppe- terapi. KG: Standard stress mana- gement	6 og 12 mdr. i 5 år BDI Burnout: KES Blodprøver TTA-rater obs. i 5 år	Ingen signifikant forskel på TTA mellem IG og KG. IG bedre til at reducere burnout	Effektiv i oplevet effekt, men ikke bed- re end sædvanlig behandling mht. TTA	Den omfattende intervention fremmer ikke TTA
Forkortelser							
BDI: Beck's depressions index (Beck et al.1961, 1988)							
CIS: Checklist Individual Strength							
DASS: Depression Anxiety Stress Scale							
KES: Karolinska exhaustion scale							
MBI-GS: Maslach Burnout Inventory– General Survey							
SF-36 Perceived health status							
Andre forkortelser							
CBT: Cognitive Behavioural Therapy							
IG = Interventionsgruppe							
ITT = Intention to treat							
KG = Kontrolgruppe							
OR= Odds Ratio							
OT: Occupational therapy							
RCT = Randomised controlled trail							
SMT: Stress Management Training							
TTA = tilbage til arbejde							
UC=Usual care							

Evidensgrundlaget – Kategori 3: Person- og arbejdsorienterede interventioner

Der er endnu gennemført et begrænset antal studier med fokus på personorienterede forhold samt fokus på og/eller direkte inddragelse af arbejdspladsen og arbejdstilpasning. I alt fem studier anvender interventioner med fokus herpå. Dataudtrækning findes sidst i afsnittet i Tabel 5.2.3.

Studie 1 (Blonk et al. 2006)

Forskningsspørgsmål: Hvad er effekten af to forskellige interventioner for selvstændige erhvervsdrivende sygemeldt på grund af arbejdsrelaterede mentale helbredsproblemer sammenlignet med hinanden samt med en kontrolgruppe? Studiedesign: Randomiseret, kontrolleret studie. Antal deltagere: 122 (40 modtog kognitiv adfærdsterapi, 40 modtog en kombineret intervention, og 42 var i kontrolgruppen).

Målgruppe: Nyligt sygemeldte selvstændige erhvervsdrivende med arbejdsrelaterede mentale helbredsproblemer. Inklusionskriterier: Stress, udbrændthed eller tilpasningsforstyrrelser. Eksklusionskriterier: Sværere psykiatriske lidelser (fx major depression og misbrug) samt igangværende psykologbehandling. 122 inkluderedes i studiet og blev randomiseret i tre grupper: 1) Kombineret Intervention (KI), 2) Kognitiv adfærdsterapi- (CBT) intervention og 3) Kontrolgruppen som modtog sædvanlig indsats. 81 % af deltagerne var mænd.

Intervention (påbegyndtes efter 2-3 ugers sygemelding):

- Den kombinerede intervention bestod af 5-6 sessioner a ca. 1 time to gange om ugen hos den sygemeldte selv eller på dennes arbejdsplads. Interventionen blev udført af "arbejdseksperter"¹ efter protokol. Eksperterne havde forinden modtaget oplæring i kognitiv adfærdsterapibaseret stressmanagement. Interventionen indeholdt psykoedukation, symptom- og situationsregistrering, afslapning, selvhjælpsbøger, timemanagement og hjemmeøvelser. Derudover var der et stærkt fokus på aktivitetsøgning i relation til TTA og arbejdspladsinterventioner samt konkret rådgivning om arbejdstilpasning.
- Interventionen med kognitiv adfærdsterapi bestod af i alt 11 sessioner a 45 minutter to gange om ugen. Interventionen blev udført af psykologer efter en meget struktureret protokol for behandlingen af udbrændthed og tilpas-

¹ Arbejdseksperter i Holland er specialister i arbejdsrelateret helbred og arbejdsprocesser og er typisk ansat i forsikringsfirmaer. De er eksperter i at designe arbejdspladsinterventioner og i at rådgive ansatte, arbejdsgivere og selvstændige i, hvad sygemeldte kan, og hvilke arbejdstilpasninger der er nødvendige og effektive for at muliggøre TTA. De er typisk uddannet med en teknisk uddannelse eller i socialvidenskab

ningsforstyrrelser. Interventionen var traditionel kognitiv adfærdsterapi som fx kognitiv restrukturering, registrering af symptomer, aktivitetsøgning og udfordring af negative automatiske tanker relateret til arbejdssituationer.

- Kontrolgruppen modtog sædvanlig indsats, som var ingen særlig behandling. Forsikringsselskabet krævede rutinemæssige helbredsundersøgelser i henhold til sygemeldinger hos praktiserende læge (typisk to sessioner).

Udfald: TTA blev målt som længden af dage til fuld eller delvis genoptagelse af arbejdet. Disse data blev indhentet via en database i forsikringsselskabet. Deltagernes psykiske symptomer blev undersøgt ved baseline og efter fire og 10 måneder ved hjælp af standardiserede selvrapporteringsspørgeskemaer (DASS: Depression Anxiety Stress Scale, MBI-NL: Maslach Burnout Inventory).

Resultater: Den kombinerede intervention var signifikant mest effektiv i forhold til fuldtidsgenoptagelse af arbejdet. I forhold til medianen for fuld tilbagevenden var der ca. 200 dages forskel på den kombinerede intervention og interventionen med kognitiv adfærdsterapi samt kontrolgruppen (KI = 122 dage, CBT = 329 dage, KG = 320 dage). Tilbagevenden på deltid skete 17 dage tidligere i gruppen, der modtog kombineret intervention sammenlignet med CBT-gruppen, og 30 dage sammenlignet med kontrolgruppen. Der var dog ingen signifikant forskel mellem delvis TTA, når sociodemografiske forskelle imellem grupperne blev inddraget i analysen.

Der fandtes ingen signifikant forskel på psykiske symptomer mellem de tre grupper. I alle grupper reduceredes symptomniveauet i løbet af de 10 måneder, men det største fald skete inden for de første fire måneder.

Sammenfatning: Der indgik en ret lille population i undersøgelsen, og analyserne blev ikke foretaget ud fra intention-to-treat, men derimod for deltagere, der gennemførte interventionerne. På trods af dette var der en overbevisende signifikant forskel på fuld tilbagevenden mellem de tre grupper. Det er vigtigt at være opmærksom på, at deltagerne var selvstændige erhvervsdrivende. Forskerne understreger, at denne gruppe kan forventes at have større mulighed for at tilpasse arbejdspladsen og arbejdsopgaverne end lønmodtagere, idet arbejdsmodifikationer ikke skal "forhandles" med en overordnet. Derfor kan resultaterne ikke umiddelbart generaliseres til den øvrige befolkning. Ikke desto mindre peger dette studie på, at muligheden for arbejdstilpasninger og delvis tilbagevenden kan være af betydning for at reducere tiden til fuld tilbagevenden.

Studie 2 (Rebergen et al. 2007)

Forskningsspørgsmål: I 2000 blev der udgivet en guideline "Dutch national guideline on the management of employees with mental health problems by OP", som tildeler bedriftslæger en mere aktiv rolle i forhold til arbejdsmæssig rehabilitering af sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Formålet med studiet var at undersøge guidelinens effektivitet ud fra tre hypoteser:

1. Interventionen fører til forbedret helbred hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer, hvilket vil føre til tidligere TTA og færre henvisninger til psykolog.
2. Interventionen vil føre til større behandlingstilfredshed hos den sygemeldte, arbejdsgiveren og bedriftslægen.
3. Reduktionen af produktionstab og reduktionen af dyre viderehenvisninger til det sekundære sundhedssystem vil reducere interventionens omkostninger.

Design: Randomiseret, kontrolleret studie. Deltagere 240. 125 i interventionsgruppen og 115 i kontrolgruppen. Opfølgning efter et år.

Målgruppe: Ansatte fra to politiafdelinger (med i alt 2.500 ansatte) indgik i forsøget. Sygemeldte ansatte visiteredes inden for de to første ugers sygemelding til bedriftslæge, som vurderede, om den sygemeldte levede op til inklusions- eller eksklusionskriterierne:

Inklusionskriterier: 1. Mentale helbredsproblemer diagnosticeret af bedriftslægen (inklusionen var bred), 2. Sygemeldt ved inklusionstidspunktet, 3. Sygefraværperioden ikke begyndt før 2002 (for at undgå ansatte med kroniske mentale helbredsproblemer).

Eksklusionskriterier: 1. Uoverensstemmelser mellem sygemeldt og bedriftslæge om diagnosen, 2. Mentale helbredsproblemer forårsaget af somatisk sygdom og 3. Manglende tillid mellem bedriftslæge og sygemeldt.

Intervention: Interventionsgruppen blev behandlet af bedriftslæger, som havde været på tre dageskursus i at give behandling i overensstemmelse med guidelinen. Guidelinen foreskrev, at bedriftslægen skulle fungere som case og caremanager, som gennem kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang skulle fremme TTA. Interventionen fokuserede på aktivitetsøgning, problemløsningsevne og understregning af patientens eget ansvar i rehabiliteringsprocessen. Arbejdsrelaterede interventioner blev foreslået, hvis årsagen til helbredsproblemet var arbejdsrelateret, og/eller hvis arbejdsevnen var påvirket. De sygemeldte i interventionsgruppen blev foreslået delvis tilbagevenden, hyppig kontakt til

leder og arbejdstilpasninger. Bedriftslægen havde frihed til at vælge, hvilke metoder der blev anvendt i de enkelte konsultationer. Kontrolgruppen modtog sædvanlig behandling med minimal involvering af bedriftslægen, men med gratis adgang til kognitiv psykolog. Deltagere i interventionsgruppen havde ikke samme nemme adgang til psykolog. Det var de samme bedriftslæger, der behandlede deltagere i interventions- og kontrolgruppe, da randomiseringen var på patientniveau.

Udfald: 1) Produktivitetstab (A: Antal kalenderdage til delvis eller fuld TTA, B: Antal kalenderdage til fuld TTA, C: Antal sygedage i det første år efter visitation. Alle oplysninger indhentes fra register). 2) Patienternes tilfredshed med behandlingen, 3) Symptumniveau målt ved baseline med DASS (Depression Anxiety Stress Scales) og HADS (Hospital Anxiety Depression Scale). Derudover blev der taget højde for en række potentielle confoundere i analyserne, og analyserne blev gennemført ud fra intention-to-treat-principet og lavet på patientniveau. Opfølgningen var et år efter visitation.

Resultater: Der var ingen signifikant forskel på tidspunktet for tilbagevenden mellem de to grupper. I interventionsgruppen var medianen for delvis TTA 50 dage og 105 dage til fuld TTA fra delvis TTA, mens medianen til delvis TTA i kontrolgruppen var 47 dage og 104 dage til fuld TTA. Der var signifikant flere i interventionsgruppen, der vendte delvist tilbage til arbejde inden fuld tilbagevenden (69 % i IG mod 54 % i KG).

Der var ingen forskel på behandlingstilfredsheden mellem deltagerne i interventions- og kontrolgruppen. Subgruppeanalyse indikerede en større effekt af interventionen i forhold til total produktivitetstab for medarbejdere med administrativt arbejde og for medarbejdere med mindre stressrelaterede symptomer, mens sygemeldte med mere alvorlige mentale helbredsproblemer syntes at profitere mere af den sædvanlige behandling.

Deltagere i interventionsgruppen og kontrolgruppen havde næsten samme antal konsultationer hos bedriftslægen (henholdsvis 3,4 og 3,3 i gennemsnit), og 82 % af kontrolgruppen blev henvist til psykolog mod 38 % i interventionsgruppen.

Kvalitetsproblemer: Det er de samme bedriftslæger, som tilbyder intervention og sædvanlig behandling, hvilket giver risiko for "crossover learning", og dermed risikerer at udviske forskellen mellem den behandling, interventions- hhv. kontrolgruppen modtager. Derudover havde deltagere i interventions- og kontrolgruppe samme antal besøg hos bedriftslægen, og flere i kontrolgruppen blev henvist til psykolog, hvilket gør det vanskeligt at bedømme den

reelle effekt af interventionen. Eksklusionskriterierne kan desuden give en vis selektionsbias, idet bedriftslægen kunne ekskludere sygemeldte, der ikke var enige i den stillede diagnose, eller hvis der manglede tillid i relationen. Dette kan potentielt reducere antallet af sygemeldte med lav compliance, hvilket kan resultere i inklusion af en "over gennemsnittet motiveret gruppe".

Sammenfatning: Der er tale om et spændende studie, men med en række kvalitetsproblemer i designet. Resultaterne kan kun i begrænset omfang generaliseres til den øvrige befolkning. Forskerne påpeger, at ansatte i politiet har højere risiko for at komme ud for stressende situationer end andre jobgrupper. Derudover er der særlige betingelser for delvis tilbagevenden hos ansatte i politiet, idet de kun kan blive raskmeldte, når de kan udføre alle nødvendige opgaver.

Studie 3 (Schene et al. 2007)

Forskningsspørgsmål: Er det muligt at forbedre behandling af depression ved i behandlingen at fokusere på arbejdet? Hypotese: Sædvanlig behandling sammen med arbejds terapi vil: 1. Fremme bedring af depression, 2. Fremme arbejdsreintegration, 3. Ikke øge arbejdsstress.

Design: Randomiseret, kontrolleret studie. Interventionsgruppen modtog sædvanlig behandling samt "arbejds terapi". Kontrolgruppen modtog kun sædvanlig behandling. Opfølgning efter tre, seks, 12 og 42 mdr. Antal personer i studiet: IG = 30, KG = 32.

Målgruppe: Ansatte med svær depression med en arbejdsreduktion på minimum 50 % grundet depression i min. 10 uger og maks. to år. Minimum 50 % af de mentale helbredsproblemer skulle kunne relateres til arbejdet. Langt størstedelen af deltagerne var sygemeldte på fuld tid fra arbejdet. Inklusionskriterier: >18 år, major depressive disorder uden psykotiske træk. Eksklusionskriterier: Sværere psykopatologi blev udelukket, BDI>15. De 62 personer, som blev inkluderet i studiet, havde major depression og et gennemsnitsfravær på 242 dage på et år. 50 af deltagerne var fuldtidssygemeldt, og syv personer i interventionsgruppen var i arbejde mod fem i kontrolgruppen.

Intervention: Kontrolgruppen fik sædvanlig behandling i form af psykiatrisk behandling, herunder medicinsk behandling, mens interventionsgruppen herudover også fik arbejds terapi (Occupational Therapy). Der var 30 minutters session hver 2. eller 3. uge. Her blev symptomerne gennemgået, og eventuelt blev også psykoedukation, støtte og/eller kognitiv adfærdsterapi anvendt. Behandlingstype, intensitet og varighed blev aftalt individuelt pa-

tient/psykiater imellem. Arbejdsterapien tog udgangspunkt i en manual og bestod af tre faser:

- Fase 1 – Diagnostisk fase (fire uger): I de første fire uger gennemgik patienterne fire sessioner, hvor diagnostik, arbejds historie og plan for at komme tilbage til arbejde blev gennemgået.
- Fase 2 – Terapeutisk fase (24 uger): Deltagerne deltog i ugentlige gruppesessioner i 24 uger samt 12 individuelle sessioner. Der blev taget kontakt til deltagerens arbejdsplads, og de fik støtte til at starte i arbejde igen. I gruppesessionerne var fokus på udveksling af erfaringer deltagerne imellem, diskussion samt gennemgang af specifikke temaer af relevans for genoptagelse af arbejde. De individuelle sessioner havde fokus på at udforske de arbejdsrelaterede problemer og depressionen.
- Fase 3 – Opfølgningsfase (20 uger), som bestod af tre individuelle sessioner.

Beslutningen om genoptagelse af arbejde blev truffet i samråd med bedriftslægen.

Udfald: Depressionsniveau, genoptagelse af arbejdet. 1. Tid til enhver form for tilbagevenden til arbejde, 2. Samlet antal timer arbejdet for hver seks måneders periode, 3. Andelen af patienter, der arbejder mindst to dage eller 16 timer pr. uge, 4. Arbejdsrelateret stressniveau.

Resultater: Deltagerne i interventionsgruppen kom signifikant hurtigere tilbage til arbejde (IG = 207 dage, KG = 299 dage, dvs. en reduktion på 31 %), og de arbejdede i signifikant flere timer end deltagere i kontrolgruppen i de første 18 måneder. Der var ingen signifikant forskel på de to grupper fra 19-42 måneder. Deltagere i interventionsgruppen kom sig ikke hurtigere i forhold til deres depression. Faktisk var der flere i interventionsgruppen, der levede op til kriterierne for en major depressive episode ved seks og 12 måneders opfølgning (IG 6 mdr. = 61 %, IG 12 mdr. = 44 %, KG 6 mdr. = 37 %, KG 12 mdr. = 29 %). Arbejdstilbagevenden og antal timer arbejdet resulterede derimod ikke i et øget niveau af arbejdsstress.

Ved afslutningen af studiet havde deltagerne i både interventions- og kontrolgruppe stadigvæk symptomer, der svarede til en mild depression. Dette indikerer, at selvom de fleste havde fået det bedre, var de stadigvæk plaget af symptomer næsten to år efter inklusion i studiet. Dette gjaldt også dem, der havde genoptaget arbejdet. En økonomisk evaluering viste, at det var rentabelt at supplere den sædvanlige indsats med arbejdsterapi, så længe timelønnen ikke var høj.

Sammenfatning: Omend studiet havde en lille population, der begrænser generaliserbarheden af resultaterne, indikerer dette studie, at en fokuseret arbejdsrelateret terapeutisk intervention fremmer tidspunktet for TTA hos personer med alvorlige depressive symptomer. Det er dog vigtigt at bemærke, at interventionen sammenlignet med den sædvanlige indsats i mindre udstrækning forbedrede depressionsniveauet.

Studie 4 (van der Klink et al. 2003)

Forskningsspørgsmål: Om kognitiv adfærdsterapi samt kontakt til arbejdspladsen forbedrer kliniske udfald, forkorter sygefraværsperioden og forbedrer oplevet arbejdskvalitet for sygemeldte med tilpasningsreaktioner sammenlignet med sædvanlig indsats?

Design: Randomiseret, kontrolleret studie med klyngerandomisering på behandlerniveau. Et års opfølgning. 192 personer inkluderedes (IG = 109, KG = 83).

Målgruppe: Ansatte hos Royal KPN (privat firma med 100.000 ansatte).

Inklusionskriterier: Tilpasningsreaktion(>8 af 17 symptomer), sygefravær >14 dage.

Eksklusionskriterier: Psykisk eller fysisk comorbiditet (fx depression), behandlet for tilpasningsreaktion i det seneste år, ikke forståelig på hollandsk, graviditet, at have født inden for seks måneder, ansættelsen udløber inden seks mdr.

Intervention: Interventionen blev gennemført af bedriftslæger, som havde været på tre dages kursus i stress inoculation, som er inspireret af kognitiv adfærdsterapi. Formålet med interventionen var, at deltagerne skulle tilegne sig nye måder at tackle problemer på og at genvinde kontrol over egen situation. Der var fokus på at aktivere og ansvarliggøre deltagerne. Interventionen tog udgangspunkt i den kognitive metode og bestod af tre faser: 1. Psykoedukation om årsager til kontroltab. 2. Identifikation af stressorer og udvikling af løsningsstrategier. 3. Anvendelsen af løsningsstrategier i praksis. I alle tre faser var der fokus på aktivitetsøgning. Der forelå en behandlingsmanual.

I løbet af de første seks uger af interventionen blev deltagerne i interventionsgruppen tilbudt 4-5 konsultationer af en samlet varighed af minimum 90 minutter samt en konsultation efter genoptagelse af arbejdet. Derudover skulle bedriftslægen gennemføre minimum tre samtaler med arbejdsgiveren i løbet af de første tre måneders sygefravær.

Deltagerne i kontrolgruppen fik sædvanlig indsats, som bestod af samtaler med bedriftslægen, som primært bestod af empatisk rådgivning, information om stress, livsstilsrådgivning og diskussion af arbejdsmæssige problemer. Deltagerne i kontrolgruppen fik 10 min. pr. konsultation.

Udfald: Effekten af interventionerne blev målt ved baseline og efter tre og 12 mdr. De kliniske udfald blev målt via en række anerkendte metoder, og sygefraværet blev målt på fire forskellige udfald (frekvens, varighed, tid indtil ny sygemelding og tid indtil ny sygemelding i året efter tilbagevenden til arbejde).

Resultater: Procentdelen af medarbejdere, der vendte tilbage til arbejde inden for tre mdr., var signifikant højere i interventionsgruppen (97 %) sammenlignet med kontrolgruppen (86 %), dvs. 13 procentpoint flere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Deltagerne i interventionsgruppen havde signifikant kortere sygefraværlængde (IG = 49 dage, KG = 70 dage), dvs. 30 % mindre i interventionsgruppen samt bedre selv vurderet arbejdsevne. Den største effekt på sygefraværet sås efter seks uger. Der var ingen signifikant forskel på symptomniveau mellem interventions- og kontrolgruppen ved opfølgningen. På trods af symptomreduktion for alle deltagerne er det værd at bemærke, at der stadigvæk kunne observeres symptomer hos deltagerne efter et år.

Sammenfatning: Et fornuftigt designet studie, hvor der blev forsøgt taget højde for en del bias. Dog blev det ikke undersøgt, i hvor høj grad kognitiv adfærdsterapi blev anvendt i konsultationerne. Studiet peger på, at en forholdsvis kort kognitiv intervention med fokus på gradvis aktivering og kontakt til arbejdsgiver kan få medarbejdere med tilpasningsreaktioner hurtigere tilbage i arbejde – primært ved at nedsætte langtidssygefraværet. Interventionen formåede dog ikke at reducere symptomniveauet i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Studie 5: (van Oostrom S 2010a)

Der er netop kommet resultater fra de tre nævnte igangværende studier, gennemgået senere i afsnittet (van Oostrom et al. 2007; van Oostrom et al. 2008; van Oostrom et al. 2009b). Artiklen, der refererer resultaterne, gennemgås her.

Forskningsspørgsmål og design: Formålet med dette studie var at evaluere effekten af en medinddragende ("participatory") arbejdspladsintervention i forhold til sædvanlig behandling for sygemeldte med stress ("distress").

Design: Randomiseret, kontrolleret studie med et års opfølgning. Der blev anvendt klyngerandomisering. IG = 73, KG = 72.

Målgruppe: 145 sygemeldte medarbejdere (2-8 uger) blev rekrutteret fra tre større arbejdspladser i Holland (to universiteter og en stålindustrivirksomhed). De medarbejdere, der blev klassificeret som værende stressede ud fra Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), blev inkluderet.

Eksklusion: Medarbejdere, der havde haft en juridisk konflikt, deltidsarbejde (<12 timer ugentligt), graviditet, tidligere sygefravær (<1 måned), sproglige vanskeligheder, sværere psykiatriske lidelser eller somatisk sygdom.

Intervention: Deltagerne i kontrolgruppen modtog behandling via egen læge. I Holland følger de praktiserende læger evidensbaserede guidelines, der relaterer til både helbreds- og arbejdsrelaterede formål.

Deltagerne i interventionsgruppen modtog samme behandling via egen læge som kontrolgruppen og modtog derudover også den medinddragende arbejdspladsintervention. Den medinddragende intervention er en gradvis kommunikationsproces, der identificerer og løser forhindringer for TTA i et samarbejde mellem arbejdsgiver og medarbejder (se studie 1, 2 og 3 under igangværende studier for nærmere beskrivelse af interventionen). Det foregik ved, at deltagerne blev henvist til en TTA-koordinator (socialrådgiver eller anden arbejdsmarkedseksper), der tog initiativ til tre møder. I det første møde deltog den sygemeldte og TTA-koordinatoren. Her identificeredes barriererne for TTA i en struktureret samtale. I det andet møde blev processen gentaget – dog kun med nærmeste leder og TTA-koordinatoren. I det tredje møde mødtes den sygemeldte, den nærmeste leder og TTA-koordinatoren for at finde frem til løsninger og måder at implementere dem på. En handlingsplan blev herefter udformet med udgangspunkt i en fælles forståelse af mulig TTA. I særlige tilfælde blev implementeringen fulgt op ved besøg på arbejdspladsen af TTA-koordinatoren. En måned efter blev implementeringen evalueret af TTA-koordinatoren, medarbejderen og nærmeste leder.

Udfald: Data blev indsamlet ved baseline og efter tre, seks og 12 måneder. Sygefraværdata blev indsamlet via registre fra "occupational health services". Effekten af interventionen blev målt i form af:

- Varig TTA defineret som sygefraværperiode i kalenderdage (fra randomisering til fuld TTA).
- Totalt antal sygedage i sidste måned (kumulativt sygefravær).
- Stressrelaterede symptomer (4DSQ).

Følgende covariable blev undersøgt ud fra spørgeskema: Medarbejderes indstilling, social påvirkning, selfefficacy, holdning til TTA uafhængigt af symptomer ("Do you intend to return to work when you still experience

symptoms?”), beslutningsdygtighed, psykologiske jobkrav, social støtte, følelsesmæssig udmattethed, depersonalisation, sygefravær i det sidste år, forventninger til sygefravær samt udbrændthed.

Resultater: Der var ingen signifikant forskel i varig TTA mellem deltagerne i interventionsgruppen (median = 96 dage) og kontrolgruppen (median = 104 dage). Der var heller ingen signifikant forskel mellem samlet sygefravær ved 12 mdr.s opfølgningen. Det viste sig, at effekten af interventionen blev modificeret af den sygemeldtes vilje til TTA uanset symptomer, mens sygefravær i det seneste år og forventninger til længden af fravær blev identificeret som confoundere. For de sygemeldte, der gerne ville tilbage til arbejde uanset omfanget af symptomer, var mediantiden til varig TTA signifikant mindre i interventionsgruppen (median = 55 dage) end i kontrolgruppen (median = 120 dage). HR (hazard ratio) for sygemeldte, der gerne ville tilbage i arbejde uanset omfang af symptomer, var 2,05 (95 % CI 1,22-3,45). For de sygemeldte, der var usikre på, om de ville tilbage til arbejde igen uanset omfanget af symptomer, var HR 0,78 (95 % CI 0,47-1,28). For sidstnævnte sygemeldte var der i kontrolgruppen 141 dage til varig TTA mod 97 dage i IG-gruppen.

Der blev registreret en signifikant bedring af stresssymptomer i både interventions- og kontrolgruppen, men ingen signifikant forskel mellem de to grupper. Det er dog værd at bemærke, at 32 % af alle deltagere stadigvæk havde forhøjede niveauer af stress efter 12 måneder.

Sammenfatning: Der var ingen signifikant effekt af den medinddragende arbejdspladsintervention på sygefraværperiode eller antallet af sygefraværsdage. Dog viste det sig, at arbejdspladsinterventionen havde en effekt på de deltagere, der ønskede at vende tilbage til arbejde igen uanset omfanget af symptomer. Her kom deltagerne i interventionsgruppen hurtigere tilbage i arbejde igen (median = 55) end deltagerne i kontrolgruppen (median = 120).

Opsummering

Karakteristisk for interventionerne i kategori 3 er, at der ud over fokus på personrelaterede faktorer i høj grad også fokuseres på planlægninger af tilbagevenden, arbejdstilpasninger samt inddragelse af arbejdspladsen. Dette fokus synes at fremme tidspunktet for tilbagevenden på både fuldtid og deltid uden overordnet at forværre eller forbedre de kliniske udfald sammenlignet med sædvanlig indsats.

De studier, der er kendetegnet ved at have anvendt arbejdsmedicinske specialister (bedriftslæger) i interventionen, synes at have en middelstor effekt på reduktion af sygefraværet hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Studiet af Schene et al. viste dog, at den sædvanlige indsats var bedre til reduktion af depressive symptomer.

Derudover er det værd at notere sig resultater fra et af de mere omfattende interventionsstudier fra Holland (Oostrom, 2010). Interessant er det, at TTA-indsatsen i dette studie kun var i stand til at forkorte sygefraværsperioden hos de deltagere, der fra starten ønskede at vende tilbage til arbejde uanset omfanget af deres symptomer. Dette peger på, at personlige faktorer såsom motivation, forventninger, holdninger og vilje kan have stor indflydelse i TTA-processen.

Ud fra de eksisterende kategori 3-studier er det ikke muligt at konkludere, om det er indholdet af interventionerne eller behandlernes faglige og erfaringsmæssige baggrund, der forklarer reduktionen af sygefraværet. Der skal yderligere forskning til at konkludere, om andre fagpersoner vil kunne opnå lige så god effekt ved at intervenere i overensstemmelse med de gennemgåede interventionsdesign.

Igangværende TTA-studier

Der er tre TTA-studier i gang i skrivende stund. På nær studiet af van Oostrom et al. (2007, 2008 & 2009) har det desværre ikke været muligt at få resultaterne fra undersøgelserne inden afslutningen af denne hvidbog, men vi anbefaler, at der holdes øje med publikationer fra nedenstående studier i den kommende tid. Dataudtrækning findes sidst i afsnittet i Tabel 5.2.4.

Studiet af Van Oostrom har et omfattende fokus på inddragelse af arbejdspladsen i interventionen. Det bliver interessant at følge, om denne tilgang bekræfter tendenserne fra TTA-interventionerne gennemgået i dette kapitel samt resultaterne fra muskel- og skeletbesværforskningen. I de to øvrige studier af Van der Feltz-Cornelis et al. 2007 samt Vlasveld et al. 2008 inddrages der i højere grad psykiatrisk kompetence som supplement til arbejdsmedicinsk kompetence. Dette kan potentielt give en mere kvalificeret behandling af de mentale helbredsproblemer, og det bliver ved publiceringen af studierne resultater interessant at se, om denne kvalificering af behandlingen og

Tabel 5.2.3. Dataudtrækning for TTA-studier med person- og arbejdsorienterede interventioner

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type inter-vention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 1 Blonk et al. 2006	RCT 10 mdr. follow-up. Arbejdsterapi og CBT er bedre end CBT og UC i reduktion af sygefravær for selv-stændige	N = 122 (36 i hver af de tre grupper). Sygemeldte selv-stændige med arbejdsrelaterede psykologiske problemer (stress, burnout, tilpasningsforstyrrelser)	Combined intervention (KI): AT+CBT principper CBT: CBT KG: To sessioner hos praktiserende læger	Dage til delvis/fuld TTA (register data). Psykologiske klager: DASS MBI-NL (depression, angst og stress)	Fuld TTA bedst ved KI (200 dage ift. KG). Ingen forskel på psykologiske klager på de tre forskellige grupper	Arbejdsterapi og CBT reducerer sygefraværet signifikant sammenlignet med CBT og UC	Lille selekteret population!
Studie 2 og 3 Rebergen et al. 2007, Holland	RCT 1 års follow-up. Guideline-baseret care fører til hurtig TTA	N = 268 Ansatte i politiet som er sygemeldte pga. mentale helbredsproblemer	IG: Guideline-baseret intervention rettet mod TTA KG: UC (nem adgang til psykolog)	Primært udfald: Tid til delvis/fuld TTA, tilbagelidelse, tilfredshed (OPQ). Sekundær outcome: Cost-effectiveness	Ingen forskel i TTA IG og KG	Samme	
Studie 4 Schene et al. 2007, Holland	RCT UC+Arbejdsterapi (AT) fremskynder TTA, reducerer depression og øger ikke arbejdsstress i forhold til UC	62 personer (IG = 32, KG = 30). Inkl.: Major depression >50 % af helbredsproblemer skyldes arbejdet, nedsat arbejdstid i mindst 10 uger	IG: UC+AT = ambulant psykiatrisk behandling+arbejdsrelateret terapi. KG: UC = Ambulant psykiatrisk behandling	Primære udfald: arbejdsopdagelse arbejdstimer, andel i deltidarbejde. Sekundære udfald: Depression: DSM-IV, BDI. Arbejdsrelateret stress: QOS. Økonomisk evaluering	UC+AT: Reducerer ikke depression, men fremskynder signifikant TTA og signifikant større andel patienter i arbejde og i flere timer i de første 18 mdr. sammenlignet med UC. Forøgede ikke arbejdsstress	UC+AT fremskynder TTA sammenlignet med UC ved major depression	

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type inter-vention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 5 Van der Klink et al. 2003, Holland	RCT 1 års followup CBT + kontakt til arbejdspladsen reducerer sygefraværet sammenlignet med UC	192 personer (IG = 109, KG = 83). Inkl: Tilpasningsreakti-on, >14 dages syge-fravær	IG: Arbejds-medicinere tilbyder CBT og kontakter arbejdsplads. KG: Care as usual v/arbejdsmediciner	Sygefravær: (Frekvens, varighed, tid indtil ny sygemelding og syge-meldingsperiode). Symptomer: 4DSQ, SCL-90 Mastery Scale, Coping stil: UCL, Kvalitet af arbejdsliv: DWHQ	IG har signifikant flere i arbejde efter tre måneder, og sygefravær er kortere i IG. Størst effekt efter 6 uger. Ingen signifikant forskel på symptombedring	Interventionen for-korter sygefraværet primært ved at ned-sætte langtidssyge-fraværet pga. tilpas-ningsreaktion	
Studie 6 Van Oostrom et al. 2010, Holland	RCT med et års fol-lowup. En medinddragende arbejdspladsinterven-tion fremmer hurtig TTA	145 sygemeldte (2-8 uger med "di-stress")	IG: Praktiserende læge (evidens-baserede guidelines). +Medinddrage nde ar-bejdsplads intervention. KG: Praktise-rende læge (evidensbase-rede guide-lines)	Vedvarende TTA (syge-fraværsperiode). Sygefravær (kumulativ) Stress-symptomer. Mange covariates: bl.a. vilje til TTA uanset omfang af symptomer	Ingen forskel på vedva-rende TTA mellem IG og KG. Deltagere i IG med vilje til TTA signifikant hurtigere TTA (55 dage) sammen-lignet med KG (120 dage) uanset omfanget af symp-tomer. IG ikke bedre stressniveau end KG. Deltagere signifikant reduceret stress, dog 32 % stadig forhøjet stress	Intervention kun effektiv på TTA for de deltagere, der ønsker TTA. Uaf-hængigt af sympto-mer	
Forkortelser BDI: Beck's depressions index (Beck et al. 1961, 1988) DASS: Depression Anxiety Stress Scale DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (APA, 1993) DWHQ the Dutch Work and Health Questionnaire 4 DSQ Four-Dimensional Symptom Questionnaire MBI-NL: Maslach Burnout Inventory OPQ: Occupational professionals Questionnaire QOS: Questionnaire Organization Stress			SCL-90 Symptom Checklist-90 items UCL Utrecht Coping List Andre forkortelser CBT: Cognitive Behavioural Therapy IG = Interventionsgruppe ITT = Intention to treat KG = Kontrolgruppe RCT = Randomised controlled trail SIT=Stress Inoculation training (Meichenbaum, 1993) TAU: Treatment as usual TTA=tilbage til arbejde UC= Usual care				

TTA-interventionen har en fremmende virkning på TTA og nedbringelse af sygefraværet.

De tre interventionsstudier gennemgås detaljeret i nedenstående, så læseren får indsigt i, hvilke interventionstyper og TTA-strategier, man i den nærmeste fremtid kan få yderligere viden om.

Studie 1 (van Oostrom et al. 2007; van Oostrom et al. 2008; van Oostrom et al. 2009b)

Forskningsspørgsmål og design: De tre artikler af Von Oostrom et al. omhandler udvikling, implementering og evaluering af en arbejdspladsbaseret TTA-intervention for sygemeldte med almindelige mentale helbredsproblemer i Holland. Den valgte intervention har med succes været anvendt over for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Formålet med studiet var at undersøge, hvorvidt en "deltagende arbejdspladsintervention" (DAI) til sygemeldte medarbejdere med almindelige mentale helbredsproblemer har større effekt på sygefravær end sædvanlig indsats. Der blev anvendt blokrandomisering af medarbejdere i hhv. interventions- og kontrolgruppe, med opfølgning efter et år.

Studiet fra 2007 undersøgte effekten af afholdelse af fokusgruppemøder med interessenter i TTA-processen som baggrund for udviklingen af protokollen til medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Studiet fra 2008 omhandlede analysemetoder til beregning af omkostningseffektiviteten for interventionen, mens studiet fra 2009 omhandlede barrierer og konsensusløsninger i TTA-processen. Der foreligger endnu ikke resultater om effekten af interventionen på sygefraværet. Denne gennemgang fokuserer udelukkende på den forestående evaluering af interventionen.

Målgruppe: Medarbejdere, der havde været sygemeldt i 2-8 uger, og som ud fra en "distress scale" (4DSQ) blev kategoriseret som havende almindelige mentale helbredsproblemer, blev inkluderet. Disse omfattede både psykiske lidelser (primært angst, depression, tilpasningsforstyrrelser) og "subthreshold" psykiske problemer. Eksklusionskriterier: Psykotiske lidelser, konflikt på arbejdspladsen, arbejdede mindre end 12 timer ugentligt, tidligere sygefravær i den sidste måned, sproglige problemer. Medarbejderne blev rekrutteret via en sundhedsudbyder fra en virksomhed inden for sundhedssektoren og en virksomhed inden for stålindustrien. Både interventions- og kontrolgruppen bestod af 72 personer.

Intervention: I interventionsgruppen modtog medarbejderne en "deltagende arbejdspladsintervention" (DAI). Formålet med interventionen var at udvikle

og sikre medarbejdernes og deres ledes aktive deltagelse og dialog om en TTA-plan. En socialrådgiver eller anden arbejdsekspert fungerede som TTA-koordinator og fik til ansvar at guide parterne i TTA-processen. Koordinatorens rolle var ikke at være "ekspert" eller komme med vurderinger, men udelukkende at styre parterne i en konstruktiv proces, så de selv kunne nå til enighed. Efter at medarbejderen havde konsulteret en bedriftslæge, kontaktede TTA-koordinatoren medarbejder og dennes nærmeste leder. Herefter mødtes koordinatoren med lederen og medarbejder hver især og for at identificere barrierer for TTA-processen. Dernæst mødtes alle tre parter for at gennemgå løsninger på sådanne barrierer, og der udarbejdedes en TTA-plan, hvorefter løsningerne blev implementeret – ved fx at koordinatoren besøgte medarbejderens arbejdsplads og rådgav medarbejderen i de nye tilpassede arbejdsopgaver. Hvis nødvendigt kunne lederen også modtage rådgivning. En måned efter mødtes alle parter og evaluerede og gav yderligere input til bedriftslægen. Inden påbegyndelse af studiet blev bedriftslægen oplært en halv dag og TTA-koordinatorerne en hel dag. Derudover var der opfølgningsmøder for de udførende.

Kontrolgruppen modtog sædvanlig behandling, som i Holland er baseret på nye lovregler: "Improved Gatekeeper's Act". Den nye lov medfører, at ansvaret for TTA er delt mellem medarbejdere og arbejdsgiver. Arbejdsgiver er forpligtet til at påbegynde medarbejderens rehabilitering så hurtigt som muligt, så medarbejderen kan genoptage arbejdet eller andet passende arbejde. Medarbejderen er til gengæld forpligtet til at konsultere en bedriftslæge, der kan rådgive om TTA og kan guide medarbejderens behandling. I henhold til evidensbaserede guidelines for bedriftslæger i Holland sker helbredsforbedringer i et samspil med privatsfæren og arbejdsmiljøet, og således bør behandlingen tage højde for forhindringer både i privatliv og arbejdslivet.

Udfald: Opfølgning efter tre, seks, ni og 12 mdr. Sygefraværdsdata blev hentet fra register i virksomheden og sammenholdt med bedriftslægens data. Succeskriteriet var vedvarende TTA. Der blev målt på varigheden af sygefraværdsperioderne defineret som kalenderdage. Der blev målt på sværhedsgraden af de mentale helbredsproblemer (4DSQ). Der blev målt på copingstil ud fra WCQ: Ways of Coping Questionnaire. Der blev målt på jobindhold (JCQ: The job content Questionnaire). Der blev målt på "attitude, social influence and self efficacy" (ASE). Desuden blev der undersøgt for udbrændthed ud fra en hollandsk version af "the Maslach Burnout Inventory". Der blev målt på psykosociale problemer ud fra: BIOPRO.

Der blev gennemført procesevaluering ved hjælp af spørgeskemaer til medarbejderne, lederne, bedriftslægen og TTA-koordinatorerne. Medarbejdertil-

fredsheden blev målt ved hjælp af "Patient Satisfaction with Occupational Health Services Questionnaire" (PSOHQ).

Studiet søgte også at lave en beregning af omkostningseffektiviteten af interventionen.

Resultaterne foreligger ikke endnu.

Studie 2: (van der Feltz-Cornelis CM et al. 2007)

Forskningsspørgsmål og design: Studiet tog udgangspunkt i de nyudviklede hollandske guidelines for mentale problemer (Dutch Association for Occupational Health (NVAB): Guidelines for mental complaints), der mest har fokus på lettere psykiske problemer såsom stress og tilpasningsforstyrrelser. Studiets formål er at undersøge, hvorvidt en psykiatrisk konsultation rettet mod medarbejdere med mere komplekse psykiske problemstillinger, såsom angst, depression og somatoforme tilstande, kan fremme TTA og funktionssevne sammenlignet med sædvanlig indsats. Dette blev undersøgt ved at randomisere deltagerne i hhv. en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Deltagerne i interventions- og kontrolgruppen blev fulgt over et år, hvor man monitorerede deres generelle funktionsniveau, TTA, sværhedsgrad af mental lidelse og livskvalitet.

Målgruppe: Medarbejdere, der efter screening havde været sygemeldt mellem seks og 52 uger, som ikke planlagde at vende tilbage i arbejde i de efterfølgende seks uger, og som havde depression, angst eller somatoform lidelse ifølge DSM-IV (Mini International Neuropsychiatric Interview: MINI), blev inkluderet i studiet.

Intervention: Deltagere i interventionsgruppen modtog en enkelt psykiatrisk konsultation. Psykiateren var blevet oplært til at stille diagnose, lave behandlingsplan og foreslå strategier til at forbedre arbejdsevnen. Psykiateren udfærdigede herefter en skriftlig rapport, som en bedriftslæge tog udgangspunkt i. Bedriftslægen var tillige blevet trænet i at diagnosticere og behandle medarbejdere med depression, angst eller somatoform lidelse samt oplært i grundlæggende kognitiv adfærdsterapi. Desuden fungerede bedriftslægen som koordinator for patient og psykiater og i nogle tilfælde den praktiserende læge. Deltagere i kontrolgruppen modtog den sædvanlige indsats, som blev udført af bedriftslægen.

Udfald: Der blev indsamlet data ved baseline og efter tre og seks måneder. Medarbejdernes funktionsevne (SF-20), livskvalitet og sværhedsgrad af symptomer, kompetence og modstandskraft vil blive evalueret ved hjælp af

forskellige standardiserede skalaer (Level of functioning SF-20; MVI-20; PHQ; SCL-90; Livskvalitet EQ-5D, ALCOS-12 og SF-20).

TTA og sygefravær vil blive udregnet i henhold til forskellige omkostningseffektivitetsmål (Tic P).

Der vil desuden blive foretaget en procesevaluering ud fra medarbejdernes tilfredshed og indvilligelse med behandlingen.

Resultaterne vil angiveligt foreligge tre år efter påbegyndt studie, hvilket er i 2010.

Studie 3 (Vlasveld et al. 2008)

Forskningsspørgsmål og design: I dette studie undersøges, om en "transmural collaborative care"-model i sundhedssektoren er mere effektiv end sædvanlig indsats i forhold til medarbejdere med svær depression. Dette undersøges ved at randomisere patienter med svær depression til intervention eller kontrol. Effekten observeredes herefter over et år.

Målgruppe: 126 deltagere, der var sygemeldt i 4-12 uger med svær depression ud fra DSM-IV kriterier (MINI: The Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI).

Intervention: Deltagerne i interventionsgruppen modtog en tværfaglig behandling, der bestod af både arbejdsmedicinsk og psykiatrisk behandling. Arbejdsmedicineren var blevet trænet i at koordinere behandlingen ud fra "transmural collaborative care"-principper. Behandlingen bestod af problemløsningsterapi, en arbejdspladsintervention og antidepressiva samt en manual til guidet selvhjælp. Arbejdspladsinterventionen tog udgangspunkt i en aktiv arbejdspladsinterventionsmodel, hvor arbejdsgiver og medarbejder samarbejder om barrierer og løsninger for en TTA-proces. Længden af interventionen var højst 18 uger. Den sædvanlige indsats blev varetaget af en arbejdsmediciner, hvor der må påregnes en del variation i medicinering og kontakt til egen læge.

Udfald: Effekten af interventionen blev målt ved at undersøge sværhedsgraden af depression (vha. PHQ9: Depression subscale ud fra DSM-IV) og varigheden af TTA ved hjælp af sygefraværsregisterdata. Sygefraværet blev målt som varigheden af sygefraværsperioden (fra randomisering til fuld TTA, i mindst fire sammenhængende uger) og det samlede antal sygefravær i dage. Desuden blev omkostningseffektiviteten målt ved hjælp af TiC-P (Trimbos/iMTA for Costs associated with Psychiatric Illness). Resultaterne forventes i 2012.

Tabel 5.2.4. Dataudtrækningskema over inkluderede studier med igangværende studier omhandlende TTA-interventioner

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Forventede resultater	Konklusion	Obs! Egne noter
Studie 1 Van Oostrom et al. 2007, 2008 & Holland	RCT et års followup. Udvikling, implementering og evaluering af TTA-intervention. Op-rindeligt muskel-skelet-besvær arbejdspladsin-tervention AI skredder-syet og tilpasset mentale helbredsproblemer (2009). Kan AI resultere i ved-varende TTA sammen-lignet med KG?	Sygemeldte 2-8 uger med common mental disorders. Moderat forhøjet distress (FDSQDS)	IG: Gradvis og syste-matisk TTA: TTA-koordinator guider medarbejder og over-ordnet TTA-plan med arbejdsmiljø-tilpasninger. Følger op på arbejdsplads efter 1 måned. KG: Behandling som sædvanlig. Arbejds-mediciner guider gradvis TTA	Baseline 3, 6, 9, 12 må-neder. Vedvarende TTA (regi-ster data). Varighed af sygefraværs periode i dage. Totalt antal sygefravær i dage. Mentale problemer (4DSQ). Copingstil (WCQ) Jobindhold (JCQ) Holdninger (ASE) Prognostiske mål: Bur-nout, BIOPRO, sygefra-vær og varighed af syge-fravær. Cost-effectiveness evaluation. Tic-P	Foreligger resultater vedr. evaluering (2009)		Randomisering ikke maskeret for nogle parter
Studie 2 Van der Feltz-Cornelis et al. 2007, Holland	Cluster randomisering af arbejdsmedicinere i IG eller KG, med fol-lowup efter 1 år. Kan en psykiatrisk konsultationsmodel fremme TTA og reducere omkostninger, sam-menlignet med sædvan-lig behandling?	60 sygemeldte 6-52 uger, med depressive, angst-, eller somatoforme lidelser (DSM-IV)	IG: Psykiatrisk kon-sulta-tion-arbejdsmedicins k behandling. Ar-bejdsmediciner koor-dinator. KG: CAU, arbejds-medicinsk interventi-on	3 og 6 måneder General funktion (SF-20). Sværhedsgrad af mental lidelse PHQ &SCL-90. Quality of life (EQ-D5). TTA og cost-effektivitet. Tic-P. Procesevaluering (be-handlingsplan og vurde-ring fra psykiatrisk kon-sulent)	Forventet resultater 3 år efter studiestart: muligvis 2010?		

Studie	Studiedesign og forsknings-spørgsmål	Målgruppe Arbejdsstatus:	Type intervention	Måleinstrumenter og måling af udfald	Forventede resultater	Konklusion	Obsl. Egne noter
Studie 3 Vlasveld et al. 2008, Holland	RCT af patienter med major depression i IG eller KG. Et års followup	Sygemeldte 4-12 uger. Major depression (DSM-IV)	IG: CC care-model. Psykoter-arbejdsmedicin. Koordination v. arbejdsmedicin. Problemløsningsterapi-arbejdspladsintervention+antidepressiva + manual til guidet selvhjælp. KG: Sædvanlig behandling	Baseline, 3, 6, 9 og 12 mdr. Sværhedsgrad af depression (PHQ9). Vedvarende TTA: varighed af sygefraværperiode, totalt antal fravær i dage (registerdata), omkostningseffektivitets-spørgeskema (TIC-P)	Forventede resultater angivet i 2012		
Outcome-forkortelser ASE: Attitude, Social influence and self-Efficacy BIOFRO: psykosociale problemer 4 DSQ Four-Dimensional Symptom Questionnaire EQ-D5: livskvalitet FDSQD5: Four-Dimensional Symptom Questionnaire distress scale JCO: The job content Questionnaire PHQ: Depression sub-scale SCL-90 Symptom Checklist-90 items SF-20: Level of functioning TIC-P: Trimbos/MTA For Costs associated with Psychiatric Illness (WCQ): Ways of Coping Questionnaire			Andre forkortelser AI: Arbejdsrelateret intervention CBT: Cognitive Behavioural Therapy CC: Collaborative care IG = Interventionsgruppe ITT = Intention to treat KG = Kontrolgruppe OT: Occupational therapy PI: Personrelateret intervention QI: Quality improvement RCT = Randomised controlled trial SIT = Stress Inoculation training (Meichenbaum, 1993) TAU: Treatment as usual TTA = tilbage til arbejde				

Diskussion og sammenfatning for afsnit 5.2. TTA-interventioner for sygemeldte

Ud fra de gennemgåede studier viser det sig, at de TTA-interventioner, der både fokuserer på arbejdsrelaterede og helbredsorienterede mål, formår at forkorte sygefraværslængden. Interventioner, der gennemføres af arbejdsmarkeds- og arbejdspladsspecialister, kan have den fordel, at de mere direkte adresserer og håndterer de stressorer og arbejdsrelaterede belastninger, der kan have været medvirkende årsager til sygemeldingen. Ligeledes er det nødvendigt at inddrage arbejdspladsen, for at interventionen har effekt.

I de mere personorienterede interventioner nævnes det i studierne, at interventionerne har fået deltagerne til at reflektere over eventuel diskrepans mellem person, arbejde, værdier og mål. I to af studierne nævnes det, at det ikke har været et direkte mål med interventionen, at de sygemeldte skulle vende hurtigt tilbage til arbejdet, men at de skulle vende tilbage, når de var klar til det. En hypotese kan være, at det er det mindre fokus på tilbagevenden og arbejdsrelateret formål, der kan forklare den manglende effekt. Derudover kan det skyldes, at de personrelaterede interventioner hovedsageligt har rettet sig mod personen i personarbejdspladsrelationen, mens de person- og arbejdspladsorienterede interventioner har rettet sig mod begge elementer i relationen. Dette taler for vigtigheden af, at både den sygemeldte og dennes arbejdsplads inddrages i processen.

En række af studierne finder, at symptomniveauet stadig er relativt højt et godt stykke tid efter sygemeldingens påbegyndelse. Dette peger på, at det tager relativt lang tid at genvinde fuld vitalitet og funktionsevne. Det er derfor vigtigt, at både arbejdsplads og personen, der har været sygemeldt, er opmærksom på, at der kan være behov for arbejdstilpasninger i det første stykke tid efter tilbagevenden for at sikre, at der er balance mellem arbejdsevne og krav i arbejdet.

Derudover er der en tendens til, at interventionerne ikke formår at reducere symptomniveauet sammenlignet med den sædvanlige indsats. Dette kan enten skyldes, at der generelt ikke har været den store forskel på interventionerne og den sædvanlige indsats, og at det derfor ikke er muligt at spore en effekt, eller at interventionerne ikke i tilstrækkeligt omfang har adresseret symptomreduktion i indsatsen. Hvis interventionerne i højere grad var i stand til at nedbringe symptomniveauet, kan man forvente, at dette ligeledes ville nedbringe arbejdsnærværet, men dette er ikke undersøgt. Det anbefales, at fremtidige TTA-studier ud over at undersøge tidspunktet for tilbageven-

den også undersøger graden af arbejdsnærvær. Dette vil give et bedre billede af interventioners effekt og resultat.

En tredje mulig forklaring på, at interventionerne ikke formår at reducere symptomerne signifikant, kan være, at mentale helbredsproblemer i nogle tilfælde aftager af sig selv, og at det er meget vanskeligt aktivt at fremskynde denne "automatiske" bedring. Ikke behandling specifikt.

Derudover er det værd at bemærke, at trods en signifikant generel bedring i helbredstilstanden hos deltagere i både interventions- og kontrolgruppen, er der en væsentlig andel, der stadig har symptomer og nedsat funktionsniveau ved opfølgningen.

Uanset forklaring er det ikke desto mindre vigtigt at være opmærksom på, at der kan være en gruppe af medarbejdere, der fortsat har mentale helbredsproblemer. Det er således vigtigt at være opmærksom på behovet for andre typer interventioner for at kunne forbedre helbredsmæssige og arbejdsmæssige mål.

De gennemgåede studier adskiller sig på en række væsentlige punkter. Studierne har ikke identiske inklusions- og eksklusionskriterier. Interventionernes længde og indhold varierer, og studierne anvender forskellige udfald, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne. Tilbagevenden til arbejde opgøres på forskellige måder, og der er forskel på, om informationer om sygefravær indhentes fra registre eller er selvrapporteret. Også metoderne til at måle symptomniveau er forskellige, og opfølgningen finder sted på forskellige tidspunkter. Det er derfor vanskeligt at drage valide konklusioner på tværs af studierne.

5.3. Hvad kan TTA-indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer lære af TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær?

Som kapitlet illustrerer, er der endnu kun publiceret et begrænset antal studier omhandlende TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Der er forsket væsentligt mere i TTA-interventioner for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær, og der eksisterer derfor en mere omfattende viden om effekten af forskellige TTA-indsatser for denne målgruppe. Dette afsnit har til formål at uddrage væsentlige fund fra denne forskning og præsentere mulige fællesfaktorer og forskelle mellem sygefraværs- og TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær hhv. mentale helbredsproblemer.

Forskningen inden for muskel- og skeletbesvær viser kort sagt, at langtids-sygemelding ikke udelukkende skal betragtes som en konsekvens af en fysisk lidelse, men derimod forstås som afhængende af interaktionen mellem den sygemeldte og tre systemer: sundhedssystemet, arbejdspladsen/arbejdsmarkedet og det sociale kompensationssystem (Briand C & Durand MJ 2007; Briand C. et al. 2008; Franche & Krause 2002; Mortensen et al. 2010). Dette får Briand et al. 2008 til at pege på, at man i TTA-indsatser må anlægge et helhedsorienteret perspektiv på problemstillingen og adressere en række forskellige faktorer for at tilbyde optimale TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. På baggrund af et litteraturstudie argumenterer Briand et al. 2008 for, at følgende elementer er nødvendige for en optimal TTA-indsats:

- Central koordinering af indsatser for medarbejderens tilbagevenden til arbejde. Individuelle psykologiske interventioner
- Arbejdspladsbaserede interventioner
- Arbejdstilpasninger
- Kontakt til og samarbejde med relevante interessenter
- Interventioner til at fremme overensstemmelse mellem de relevante aktører

Briand et al. 2007 beskæftiger sig i en anden artikel mere detaljeret med, hvad der karakteriserer succesfulde TTA-indsatser, og hvilke faser der bør inkluderes og adresseres i en succesfuld TTA-indsats (Briand 2007). Der redegøres senere i afsnittet for denne detaljering.

Det dynamiske sygefravær

Forskere inden for sygefraværsforskningen peger på, at sygefraværet skal betragtes som en dynamisk proces (Young et al. 2005), (Franche og Krause 2002). Franche og Krause argumenter for, at langtidssygefravær må forstås som en dynamisk proces bestående af tre faser med hver sine risikofaktorer: Den akutte fase (<1 måneds sygefravær), den subakutte fase (2-3 måneders sygefravær) og den kroniske fase (>3 måneders sygefravær). Faseinddelingen betegnes The Phase Model of Disability (TPMD) (Franche & Krause 2002). TPMD og de tilknyttede risikofaktorer er undersøgt i forhold til somatiske helbredsproblemer. I den akutte fase er det hovedsageligt kliniske, sygdomsrelaterede faktorer, der prædikerer tilbagevenden, mens det i den subakutte og kroniske fase i højere grad er psykosociale faktorer, der prædikerer tidspunkt og sandsynlighed for tilbagevenden til arbejde.

Den dynamiske forståelse af TTA er endnu ikke afprøvet for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, omend denne viden er vigtig for at kunne igangsætte de rette TTA-interventioner på de rette tidspunkter (Krause et al. 2001; Shaw et al. 2002; Forman et al. 2006).

Franche & Krause 2002 foreslår, at TPMD-modellen kombineres med Readiness for Return to Work (RRW), som er en stadiemodel, der beskriver den sygemeldtes motivation for adfærdssændringer rettet mod TTA gennem fem faser: 1. Førovervejelse, 2. Overvejelse, 3. Forberedelse af handling, 4. Handling, 5. Fastholdelse. Ifølge Readiness for Return to Workmodellen (RRW-modellen) vil den sygemeldte først bevæge sig til næste stadie, når han/hun er tilstrækkeligt motiveret (Franche & Krause 2002). Teorien bag RRW peger på, at man i behandler systemet skal være opmærksom på, hvor i RRW-stadierne den sygemeldte befinder sig for derigennem at kunne målrette indsatsen og hjælpe den sygemeldte bedst muligt. Man kan forestille sig, at matchet mellem de professionelles tilgang og den sygemeldtes placering i et af de fem stadier også har betydning for TTA-processen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Fremtidig forskning må dog efterprøve dette i praksis.

Hvad karakteriserer succesfulde TTA-indsatser?

Som tidligere nævnt har Briand et al. 2007 identificeret nogle fælles overordnede elementer, der indgår i flere af de succesfulde TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. I artiklen "Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders" fokuserer Briand et al. 2007 direkte på mu-

ligheden for at anvende erfaringerne fra TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær til sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Gennem litteraturgennemgang udvikles en programteori, som identificerer essentielle parametre (faser, professionelles metoder, sygemeldtes handlinger), der skal tages højde for i TTA-processen og inkluderes i TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Briand et al. argumenter for, at TTA-indsatser – for at være optimale både for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær og sygemeldte med mentale helbredsproblemer – skal inddrage og tage hånd om de komplekse og forbundne faktorer, der har betydning for udfaldet af sygefraværsforløbet:

Psykologiske faktorer: Dårligt selv vurderet generelt helbred, distress, depression, angst, fear avoidance, maladaptiv coping, smerteunddragelse, historie med psykiske lidelser, stressende livsbegivenheder, personlighed, misbrug, job(u)tilfredshed, forventninger til at vende tilbage til arbejde.

Arbejds miljøfaktorer: Konkret indhold af arbejdsopgaver og arbejdsorganisationen (fysiske, psykologiske og organisatoriske krav), sociale relationer på arbejdet (kollegaer og leder), arbejdspladskulturen.

Faktorer relateret til involveringen af relevante interessenter: Fokus på at inkludere og koordinere handlinger mellem aktører/interessenter og relevante systemer (det sociale kompensationssystem, sundhedssystemet og arbejdsmarkedet, etc.).

På baggrund af litteraturstudiet af en række TTA-interventioner for muskel- og skeletbesvær beskriver Briand et al. fire faser, som ud fra muskel- og skeletbesværforskningen vurderes at være relevante for succesfulde TTA-forløb for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær hhv. mentale helbredsproblemer. Faserne præsenteres kort nedenfor, hvorefter hver fase uddybes i forhold til, hvordan de professionelle behandlere bedst muligt kan fremme TTA-processen.

De fire faser:

1. Evaluér arbejdsvejen og den relaterede situation

- Identificér løftestænger og hindringer for at vende tilbage til arbejde

2. Øg paratheden til at engagere sig i at vende tilbage til arbejde

- Afdæk behovet for engagement

- Øg personens bevidsthed om sig selv og vedkommendes omgivelser mht.:
 - Styrker og svagheder
 - Interesser og værdier
 - Begrænsninger og muligheder
- Øg følelsen af self-efficacy / selvtillid og personens tro på egne evner
 - Reducér ængstelse og frygt for at vende tilbage til arbejde
 - Øg troen og tilliden til egne evner
 - Reaktivér arbejdsvaner
- Skab en gunstig og imødekommende kontekst
 - Sikr en sammenhængende dialog mellem de forskellige aktører
 - Reaktivér / genoptag ansættelsesforholdet

3. Støt et aktivt engagement og mobilisering til at vende tilbage til arbejde

- Fasthold paratheden til at engagere sig i processen
 - Undgå oplevelser af fiaskoer og skuffelse over mål, der ikke er nået
 - Opmuntr til at udtrykke og håndtere følelser
 - Sikr en meningsfuld proces
- Frembring en realistisk oplevelse og vurdering af situationen og tilpas forventninger
 - Øg bevidstheden og forståelsen af helbredsstatus
 - Øg personens evner til selvregulering
 - Giv personen en fælles sammenhængende og klar besked
- Skab en kontekst, som bidrager til processen at vende tilbage til arbejde
 - Sikr alle tilgængelige løftestænger for en succesfuld tilbagevenden (reducér forhindringer for at vende tilbage til arbejde)
 - Sikr at aktørerne arbejder hen imod de samme mål
 - Sikr arbejdsgiverens samarbejde
 - Sikr samarbejdet med kollegaer og leder
- Støt personen i at vende tilbage til sin arbejdsrolle og -funktion
 - Skab empowerment hos personen i processen
 - Støt personen i at opretholde og udvikle gode og sikre arbejdsvaner
 - Reintegration i arbejdet

4. Fastholdelse af arbejdet

- Reducér risikoen for tilbagefald
 - Sikr en sikker arbejdsplads

- Øg personens evne til selvregulering og selvsvurdering
- Reducér arbejdsrelateret stress og angst

Trin 1: Evaluér arbejdsevnen og den relaterede situation

Første trin er at udrede og evaluere arbejdsevnen og den specifikke kontekst denne skal forstås i forhold til – herunder at identificere løftestænger og hindringer for at vende tilbage til arbejde.

For klart at definere den ansattes situation og kunne skræddersy den rette intervention må et tværfagligt klinisk team med ansvar for TTA-indsatsen sikre, at alle hindringer og muligheder i relation til den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde er identificeret. Herefter skal teamet identificere den/de relevante interventioner, som skal prioriteres for at øge muligheder og nedbringe barrierer samt gå i dialog med relevante aktører (praktiserende læge, repræsentanter fra forsikringssystemet, arbejdsgiver og nærmeste leder) samt gennemføre arbejdspladsbesøg. Trin 1 skal altid gennemføres inden igangsættelse af TTA-interventioner, men evalueringen skal også foretages løbende gennem TTA-processen for at sikre fremdrift og nødvendige tilpasninger i forhold til håndtering af den sygemeldtes konkrete situation.

Trin 2: Øg paratheden til at engagere sig i at vende tilbage til arbejde

I trin 2 igangsættes interventioner for at forberede den sygemeldte til at vende tilbage til arbejde ved at øge hans/hendes parathed til at forpligte sig til og tage ansvar for rehabiliteringsprocessen. Det tværfaglige kliniske team søger at opnå dette gennem påvirkning af tre niveauer:

- Kognitionsniveauet: Ved at øge den sygemeldtes bevidsthed om sig selv og dennes omgivelser, reducere frygt, angst og nervøsitet og øge troen på egne ressourcer og kapacitet.
- Adfærdsniveauet: Ved at fremme genetableringen af livsstil og arbejdsvaner.
- Omgivelsesniveauet: Ved at etablere og sikre en sammenhængende dialog (som ikke skaber modstand eller angst hos den sygemeldte) mellem aktørerne og sikre arbejdsgiverens samarbejde ved at fastholde og udvikle relationen til arbejdsgiveren.

I praksis anvendes der typisk kognitive adfærdsmæssige tilgange i indsatsen. Den ansatte opfordres til at eksperimentere med arbejdsrelaterede opgaver for derigennem at få større tiltro til egen kapacitet og lære at håndtere restsymptomer i arbejdssituationer. I dette trin kan det være relevant, at den sygemeldte besøger arbejdspladsen for at forsikre sig om, at arbejdspladsen er klar

til at byde personen tilbage. Etableringen af en favorabel kontekst og troen på en bedre fremtid vurderes at være essentiel, inden tredje trin påbegyndes.

Trin 3: Støt et aktivt engagement og mobilisering til at vende tilbage til arbejde

Det tredje trin er karakteriseret ved, at interventionerne er rettet mod at støtte den sygemeldtes aktive engagement til at vende tilbage til arbejde, og der er fortsat fokus på at korrigere den sygemeldtes forståelse og forventninger til TTA ved aktivt at støtte arbejdsidentiteten og inddrage arbejdsgiver, nærmeste leder samt kollegaer i TTA-processen. Der sættes særligt fokus på at udvikle den sygemeldtes helbredsforståelse og selvreguleringsevner for at skabe hensigtsmæssige og sikre arbejdsvaner, der tager hensyn til egne styrker og begrænsninger. Arbejdspladsen inddrages i høj grad, da det er afgørende, at arbejdspladsen organiseres til at være en favorabel og fleksibel kontekst for tilbagevenden. Det tværfaglige team anvender en forholdsvis stor del af tiden på at mødes med arbejdsgiver, nærmeste leder og kollegaer for at planlægge en tilbagevenden, der er så hensigtsmæssig og positiv som muligt uden misforståelser eller fordomme og med respekt for de aftalte arbejdstilpasninger og opbakning fra alle aktører.

Trin 4: Fastholdelse af arbejdet

I dette trin er fokus på at fastholde medarbejderen i arbejdet ved eventuelt kortere genopfriskninger af indsigter og håndteringsstrategier, som er udviklet i de foregående trin. Hovedfokus i trin fire er på arbejdspladsen og sikring af, at risikoen for tilbagefald er lav. Enkelte personer fra det tværfaglige kliniske team afholder møder med arbejdsgiveren (og forsikringssystemet hvis nødvendigt) for løbende at foreslå nye arbejdstilpasninger samt rådgive om, hvornår medarbejderen kan gå op i tid og/eller arbejdsmængde.

Briand et al. understreger vigtigheden af at være opmærksom på, at de fire trin i praksis ikke forekommer stringent i den oplistede rækkefølge. Det kan være relevant at inddrage elementer fra tidligere eller kommende trin for at tilpasse TTA-indsatsen den enkelte sygemeldte og dennes specifikke kontekst og situation.

Interventioner, der indeholder de beskrevne fire faser, er endnu ikke specifikt afprøvet for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Dog kan de fire faser genfindes i større eller mindre grad i de gennemgåede TTA-interventioner i dette kapitel. Ingen af studierne anvender dog denne faseopdeling eksplicit i interventionerne. På trods af den endnu manglende videnskabelige afprøvning forekommer de fire faser at være relevante for udvikling af TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. De fire faser kan

eksempelvis anvendes som en tjekliste, så fagprofessionelle sikrer sig, at alle faser berøres i TTA-indsatsen.

Forbehold og opmærksomhedspunkter for sygemeldte med mentale helbredsproblemer

Forskellen mellem langtidssygefravær og TTA for sygemeldte med mentale helbredsproblemer og sygemeldte med muskel- og skeletbesvær er endnu kun beskeden undersøgt, men det er relevant at være opmærksom på en række vigtige forskelle. Der er mange med mentale helbredsproblemer, der føler sig stigmatiseret, og mange kan opleve fordomme på arbejdspladsen (Thornicroft et al. 2008). At stigmatiseringen og fordommene ikke blot er indbildte, understøttes af en netop publiceret undersøgelse fra SFI, der viser, at 45 % af lønmodtagere er betænkelige ved at få en kollega med psykiske lidelser mod kun 30 %, hvis kollegaen er blind. (Schademan H.K. et al. 2008).

Derudover peger forskningen i Danmark på, at sygemeldte med selvvalgte mentale helbredsproblemer sjældnere kommer tilbage til den gamle arbejdsgiver sammenlignet med øvrige helbredsproblemer (Hoegelund et al. 2003). Eksempelvis har en sygemeldt med mentale helbredsproblemer halvt så stor sandsynlighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, som en sygemeldt med muskel- og skeletbesvær. Der synes altså at være noget særligt, der gør sig gældende i TTA-forløbet for sygemeldte med mentale helbredsproblemer sammenholdt med fysiske helbredsproblemer.

Briand et al. 2007 fremhæver desuden i sin fasegennemgang, at det er endnu vigtigere at være opmærksom på arbejdsmiljøet samt forhold relateret til selve sygefraværet og rehabiliteringsprocessen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Da de psykiske lidelser typisk er mere "usynlige", "diffuse" og marginaliserende i deres karakter, kan det være vanskeligt at præcisere både problematik og løsning. Derfor kræves der inddragelse af en bredere arbejdsmæssig kontekst til TTA-processen.

Den arbejdspladsrelaterede intervention og udarbejdelsen af relevante arbejdstilpasninger er særligt problematisk ved mentale helbredsproblemer, da arbejdsmæssige barrierer ofte er mere diffuse i sådanne sager. Ved sygefravær på grund af muskel- og skeletbesvær forekommer det nemmere at definere og håndtere uhensigtsmæssige arbejdsopgaver som løft, vrid, skub etc., mens denne identificering er vanskeligere, når helbredsproblemet er mentalt. Det er vanskeligt at præcisere, *hvilke* arbejdsopgaver der kan håndteres, *hvor* mange,

hvor hurtigt, og hvilke kollegiale eller ledelsesmæssige relationer der skal forbedres (Briand 2007).

Briand et al. konkluderer, at der mangler yderligere forskning for at kunne fastslå de bedste måder at håndtere arbejdspladsen samt arbejdstilpasninger på ved sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer. På trods af forskelle mellem TTA-processen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer og sygemeldte med muskel- og skeletbesvær er det oplagt at drage nytte af viden og erfaringer om succesfulde TTA-indsatser for muskel- og skeletbesvær, da der er mange års forskning og erfaringer fra dette område. Det anbefales, at fremtidig forskning konkretiserer relevante forskelle og håndtering af disse i TTA-indsatser.

Sammenfatning af afsnit 5.3

De forskellige ligheder og forskelle mellem TTA-interventioner for muskel- og skeletbesvær og mentale helbredsproblemer kan sammenfattes således:

Viden og erfaringer, der kan overføres til mentale helbredsproblemer:

- TTA-interventioner og TTA-forløb er en dynamisk proces, hvor udfaldet af sygefraværet afhænger af en kompliceret interaktion mellem den sygemeldte og sundhedssystemet, arbejdspladsen/arbejdsmarkedet og det sociale kompensationssystem.
- For at gøre TTA-indsatsen optimal skal man inddrage alle relevante aktører i TTA-processen for dermed at tage hånd om de komplekse faktorer (arbejds miljø og individuelle faktorer), der har betydning for udfaldet af sygefraværsforløbet.

Det er vigtigt at være opmærksom på følgende kendetegn, der synes at gøre sig gældende i højere grad for sygemeldte med mentale helbredsproblemer:

- Stigmatisering: Komplicerer arbejdsmodificeringer, samarbejde med kollegaer og rehabilitering på arbejdspladsen.
- Arbejdsrelaterede mentale helbredsproblemer: Udviklingen af mentale helbredsproblemer er kompleks. Såfremt arbejdspladsen eller arbejdsmiljøet har været medvirkende til udviklingen af det mentale helbredsproblem, kan det være problematisk at vende tilbage til samme arbejdsplads. I sådanne tilfælde er det vigtigt med en grundig udredning af arbejdsmiljø og

eventuelle risikofaktorer i arbejdsmiljøet, der kan påvirke den mentale helbredstilstand ved tilbagevenden.

- Arbejdsnærvær: Arbejdsevnen kan være nedsat i en periode efter symptomlettelse. Her er en udredning af arbejdsevnen og mulighed for arbejdsmodificeringer nødvendig.

Hypoteser det kan være relevant at undersøge nærmere:

- Er der forskellige faser i sygefraværet? The Phase Model of Disability's (TPMD) (Franché & Krause 2002) tidsmæssige intervaller kan ikke direkte overføres til sygefraværsløb for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Det kan være relevant at undersøge, om behandlere og socialrådgivere med fordel kan tage udgangspunkt i faseinddelingen – akut, subakut, og kronisk fase – for at forudsige, hvor meget støtte og tid, og hvilken indsats der er nødvendig for at vende tilbage til arbejde.

Briand et al.s (2007) fire faser: 1) Evaluering af arbejdsevnen og situation, 2) Øgning af paratheden til at vende tilbage, 3) Støtte til aktivt engagement, 4) Støtte til fastholdelse af arbejdet, kan være et udmærket redskab til at tage hånd om de faktorer, der har betydning for et succesfuldt TTA-forløb. Det er dog nødvendigt med yderligere forskning i dette for at afdække, om de samme faser i rehabiliteringsforløb gør sig gældende for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, og om de fire faser tager højde for de særlige kendetegn, der gør sig gældende for sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Diskussion og sammenfatning af de tre delafsnit i kapitlet

Fælles for de tre delafsnit er, at forskningen endnu er i sin begyndelse inden for dette område. Der er vigtige studier i gang netop nu, og resultater fra disse vil kunne hjælpe os yderligere til at afklare, hvordan man kan hjælpe medarbejdere med mentale helbredsproblemer til at blive i beskæftigelse.

Som gennemgangen i kapitlet viser, var collaborative care interventioner, dvs. interventioner der koordinerede behandlingsindsatsen og forbedrer kvaliteten af behandlingen, mere effektive til at forbedre mentale helbredsproblemer og arbejdsfasteholdelse sammenlignet med sædvanlig behandling. Derudover viste det sig, at screening af medarbejdere på arbejdspladserne kan fremme tidlig opsporing og behandling af mentale helbredsproblemer. Det er dog usikkert, om collaborative care også havde en effekt på arbejdsevnen og sygefraværet. Noget af forklaringen på den manglende effekt på de arbejdsmæssige udfald kan være, at hovedformålet med collaborative care er at forbedre behandlingsindsatsen, og at der derfor ikke er fokus på arbejdsrelaterede mål og arbejdsmodificeringer.

Tidligere undersøgelser har vist, at mange med mentale helbredsproblemer slet ikke bliver behandlet, og hvis de gør, så lever behandlingen sjældent op til evidensbaserede retningslinjer (se Kapitel 1 for gennemgang heraf). Konklusionerne fra dette kapitel understøtter og bekræfter de internationale anbefalinger om tidlig opsporing og behandling for at undgå unødvendig forværring af både helbredet og arbejdsmæssige forhold (Lelliott et al. 2008).

I forhold til TTA-interventioner for sygemeldte med mentale helbredsproblemer ses det, at de TTA-interventioner, der havde fokus på både individuelle faktorer samt fokus på og inddragelse af arbejdspladsen og arbejdstilpasning havde en effekt på sygefraværslængden. Interessant er det, at de mentale helbredsproblemer ikke blev forværret, som følge af man kommer tidligere tilbage til arbejde. Dette understøtter hypotesen om, at der er andre forhold end selve symptomerne, der har indflydelse på, om en medarbejder er i stand til at arbejde. Det er dog vigtigt at bemærke, at en succesfuld tilbagevenden til arbejde forudsætter en intensiv indsats både i forhold til arbejdsmæssige faktorer og i forhold til de helbredsmæssige problemer. Interessant er det tillige, at de mentale helbredsproblemer ikke blev forbedret som følge af interventioner, når man sammenlignede med deltagere, der modtog sædvanlig behandling. Det er uklart, om dette skyldes kvaliteten af den personorienterede intervention, manglende forskel i interventionen fra kontrolgruppen, eller at det at vende tilbage til arbejde, før medarbejderen er kommet sig fuldstændig,

ikke i sig selv er en helbredende faktor. Der er dog meget, der tyder på, at en tidlig tilbagevenden til arbejde, dvs. før man er kommet sig helt, hverken er helbredende eller skadelig i sig selv, men kommer an på individuelle, arbejdsmæssige faktorer samt den kontekst, den enkelte indgår i.

Nogle af de individuelle faktorer, der kan have betydning, er medarbejderens egen opfattelse af, hvorvidt det er gavnligt eller skadeligt for helbredet at komme tilbage til arbejde igen. Den enkeltes mulighed for at vende tilbage til et arbejdsmiljø, der opleves som støttende, har givetvis også stor betydning. Dertil kommer, at andre faktorer såsom mulighed for evidensbaseret behandling, ventetider etc. kan have indflydelse på, hvor hurtigt en medarbejder kan komme tilbage til arbejde igen.

Set i lyset af, at det er nødvendigt at anvende interventioner, der både har arbejdsmæssige og helbredsmæssige fokus, kan det være nødvendigt at anskue tilbage til arbejdsprocessen ud fra et nyt perspektiv. Det kan således være nødvendigt at bevæge sig fra det, Loisel (2001) betegner som "Care disease paradigme", hvor behandler og sundhedssystemet er adskilt fra arbejdspladsen, til et "Disability prevention paradigme" hvor helbredet og arbejdssevnen kan indgå i samme kontekst (Friesen et al. 2001; Loisel et al. 2005; Loisel et al. 2001). Dette kræver således, at behandlingssystemer er opmærksom på at bevare kontakten til arbejdspladsen og også relaterer behandlingen til arbejdspladsen. Omvendt er det også nødvendigt, at arbejdspladsen er opmærksom på faktorer, der fremmer helbredet hos medarbejderen.

Interaktionen mellem symptomer, sygefravær og TTA er kompleks og påvirket af mange faktorer. Det er således også kompliceret at finde ud af, hvad der virker og ikke virker i forhold til en TTA-intervention. Erfaringer fra muskel- og skeletbesvær området kan anvendes i forhold til at anskue TTA-interventionerne som en dynamisk proces ud fra The Phase Model of Disability, hvor forskellige faktorer og forhold virker og har forskellig betydning på forskellige tidspunkter i sygefraværsforløbet. I forhold til at kunne målrette interventioner til medarbejdere med mentale helbredsproblemer kan det på den ene side være nødvendigt at skelne mellem forskellige former for interventioner, alt efter hvilken fase medarbejderen er i. På den anden side er de forskellige faser i tilbagevenden til arbejde endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Der er muligvis også for store individuelle forskelle i sværhedsgrad og funktionsniveau for mentale helbredsproblemer, til en fasemodel giver mening. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at det er sandsynligt, at interventioner kun virker på en gruppe af medarbejdere. Det er derfor problematisk at give retningslinjer

for, hvornår det forventes, at en medarbejder er symptomfri og har genvundet sit tidligere funktionsniveau og arbejdssevne.

Det er værd at bemærke, at næsten ingen af de gennemgåede studier beskæftiger sig med, i hvor høj grad interventionerne fører til vedvarende tilbagevenden til arbejde. Det er derfor svært at vide, om de interventioner, der reducerer sygefraværet på kort sigt, også fører til længerevarende succesfuld rehabilitering af medarbejdere. De fleste af studierne har kun opfølgningstider på et år, og det længste har en opfølgningstid på tre år. Dertil kommer, at de færreste studier inkluderer mål for arbejdssevne i form af nedsat produktivitet (arbejdsnærvær). Dertil kommer, at det er svært at måle sygefravær, og mange studier anvender subjektive (selvrapporterede) målemetoder, der gør det svært at måle sygefraværet og tidspunktet for tilbagevenden til arbejde pålideligt. Derudover er der i studierne sjældent skelnet imellem, hvor mange deltagere ud af den samlede gruppe der får reduceret sygefraværet. Det kan således være, at en signifikant effekt skyldes få deltagere med højt sygefravær.

Det er desuden relevant at være opmærksom på, at deltagelsen i alle studiernes interventioner har været frivillig. Det kan forventes, at de sygemeldte, der har sagt ja til at deltage, er særligt motiverede for interventionen. Det betyder, at det er selekterede grupper, som har deltaget i interventionerne, hvorfor det er vanskeligt at generalisere resultaterne til den generelle befolkning.

Det er ligeledes vigtigt at tage forbehold for at generalisere resultaterne fra internationale studier til danske forhold, idet den danske lovgivning og det danske sundhedsvæsen er temmelig anderledes end de lande, hvor de beskrevne TTA-projekter er gennemført. De fleste af studierne er gennemført i Holland, hvor virksomhederne i langt større omfang er forpligtet til at hjælpe den sygemeldte tilbage igen ved at tilbyde arbejdstilpasninger og delvis tilbagevenden. Derudover har virksomheder i Holland et andet økonomisk incitament for at reducere sygefraværet, idet virksomhederne i Holland i langt højere grad end i Danmark bærer den økonomiske byrde i forbindelse med medarbejders sygefravær.

Sammenfattende kan det anbefales, at fremtidige interventioner tager højde for de væsentligste faktorer, der påvirker udfaldet af sygefraværet. Udgangspunktet skal tages i medarbejderens situation, og hæmmende og fremmende faktorer for TTA-processen skal afdækkes og håndteres i samarbejde med medarbejderen, arbejdspladsen samt relevante aktører.

Behov for mere viden/forskning

Det er nødvendigt med flere studier af bedre forskningsmæssig kvalitet for at understøtte og nuancere konklusionerne i dette kapitel. Nedenfor er der oplistet en række forskningsspørgsmål om arbejdsevne, sygefravær og arbejdsfastholdelse hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer, som det er særligt relevant at undersøge nærmere.

- Kan flerstrengede interventioner, der kombinerer arbejdspladsmodifikationer med behandling af mentale helbredsproblemer, forebygge sygefravær og arbejdsophør?
- Kan en indsats, der sikrer social reintegration af sygemeldte med mentale helbredsproblemer – fx etablering af en mentorordning eller konfliktmediation – forbedre tilbagevenden til arbejde?
- Kan en gradvis optrapning af arbejdsopgaverne bidrage til forbedring af funktionsevnen hos personer med mentale helbredsproblemer, der er vendt tilbage til arbejde?
- De hidtidige interventionsforsøg har ofte været mangelfuldt implementeret. Der bør derfor udvikles og implementeres interventioner, der bygger på anerkendte teorier om psykisk arbejdsmiljø. Kan man forebygge sygefravær og arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer ved hjælp af interventioner rettet mod forbedring af det psykiske arbejdsmiljø, fx ved forbedret indflydelse og social støtte, men uden øgede krav i arbejdet, samt forøget vægt på anerkendelse og forbedring af ledelseskvalitet?
- Kan tidlig forebyggelse af stress eller udbrændthed også forebygge langtidssygefravær og forbedre den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde?
- Kan psykoterapeutiske interventioner, der sigter mod at forebygge tilbagefald af depression, også forebygge langtidssygefravær og tilbagevenden til arbejde?

Referencer

- Bakker IM, Terluin B, Van Marwijk HW, Gundy CM, Smit JH, van Mechelen W & Stalman WA. Effectiveness of a Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS); study protocol of a cluster randomised controlled trial in general practice [ISRCTN43779641]. *BMC.Public Health* 2006;6:124.
- Bakker IM, Terluin B, Van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W & Stalman WA. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS.Clin.Trials* 2007;2(6):e26.
- Baldwin ML, Johnson WG & Butler RJ. The error of using return-to-work to measure outcomes of health care. *American Journal of Industrial medicine* 1996;29:632-41.
- Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J & Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J.Occup.Rehabil.* 2008;18(1):27-34.
- Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE & Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress* 2006;20(2):129-144.
- Briand C & Durand MJ S-ALCM. Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry* 2007;30(4-5):444-57.
- Briand C., Durand M.J., St-Arnaud L & Corbiere M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J Occup Rehabil* 2008;18:207-17.
- Briand C, Durand MJ, St Arnaud L & Corbiere M. Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *Int.J.Law Psychiatry* 2007;30(4-5):444-457.
- Brouwers EPM, de Bruijne MC, Terluin B & Verhaak PFM. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial. *European Journal of Public Health* 2007;17:214-20.
- Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG & Verhaak P. Patients with Minor Mental Disorders Leading to Sickness Absence: A Feasibility Study for Social Workers' Participation in a Treatment Programme. *British Journal of social work* 2006a;36:127-38.
- Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B & Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or

- minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *Gen. Hosp.Psychiatry* 2006b;28:223-29.
- De Boer AGEM, van Beek JC, Durinck J, Verbeek JHAM & van Dijk FJH. An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; A randomised controlled trial. *Occup.Environ.Med* 2010;61:934-27.
- de Vente, Kamphuis JH, Emmelkamp PM & Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J.Occup.Health Psychol.* 2008;13(3):214-231.
- EICP: The Enhancing Interdisciplinary collaboration in Primary Health Care Initiative. Initiative Says the Future of Medicare Is in the Hands of Teams. Press release. 2006. OTTAWA, Canada, EICP: The Enhancing Interdisciplinary collaboration in Primary Health Care Initiative.
- Eriksen HR, Ihlebæk C, Mikkelsen A, Grønningsæter H, Sandal GM & Ursin H. Improving Subjective health at the worksite: A randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occup.Med* 2002;52.
- Fleten N & Johnsen R. Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised, controlled intervention study. *Occup.Environ.Med.* 2006;63(10):676-682.
- Forman P, Murphy G & Swerissen H. Facilitators and barriers to return to work: A literature review. Melbourne, Australian Institute for Primary Care, La Trope University 2006.
- Franché RL & Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J.Occup.Rehabil.* 2002;12(4):233-256.
- Friesen MN, Yassi A & Cooper J. Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work* 2001;17(1):11-22.
- Grossi G & Santell B. Quasi-experiment evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on Long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *J rehabil med* 2009;41:632-38.
- Hoegelund J, Filges T & Jensen S. Langvarigt sygefravær - hvad sker der, og hvordan går det. København, Socialforskningsinstituttet 2003.
- Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R & Berkouwer A. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *J.Occup.Rehabil.* 2008;18(1):79-86.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P & Järvikoski. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and

- functional capacity- A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders* 2008;107:95-106.
- Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ & Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am.J.Ind.Med.* 2001;40(4):464-484.
- Labriola M, Lund T, Christensen KB & Kristensen TS. Multilevel analysis of individual and contextual factors as predictors of return to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2006;48(11):1181-1188.
- Lelliott P, Tulloch S & et al. *Mental Health and Work report*. London, UK, Royal College of Psychiatrists 2008.
- Lo Sasso AT, Rost K & Beck A. Modeling the impact of enhanced depression treatment on workplace functioning and costs: a cost-benefit approach. *Med.Care* 2006;44(4):352-358.
- Loisel P, Durand M.J. & Baril R. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: Perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005;15:581-90.
- Loisel P, Durand M.J., Vézina N., Baril R., Gagnon D., Larivière C. & Tremblay C. Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes* 2001;9:351-360.
- Mortensen OS, Andersen JH, Ektor-Andersen J & et al. *Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær . Årsager og handlemuligheder*. Hvidbog. København, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2010.
- Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH & van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2008(2):CD006237.
- NKAP. Factseet 2, facts and figures about work-related psychological disorders. Utrecht, NKAP: Dutch Knowledge Centre of Work and Mind 2004.
- Nystuen P & Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363]. *BMC.Public Health* 2006;6:69.
- Rebergen DS, Bruinvels DJ, van der Beek AJ & van Mechelen W. Design of a randomized controlled trial on the effects of counseling of mental health problems by occupational physicians on return to work: the CO-OP-study. *BMC.Public Health* 2007;7:183.
- Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Houck PR & Zhu F et al. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry* 2005;12(62): 1332-41.
- Rost K, Fortney J & Coyne J. The relationship of depression treatment quality indicators to employee absenteeism. *Ment.Health Serv.Res.* 2005;7(3):161-169.

- Rost K, Smith JL & Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med.Care* 2004;42(12):1202-1210.
- Rost KM. Improving depression treatment by integrated care. *J.Manag.Care Pharm.* 2005;11(3 Suppl):S5-S8.
- Saksvik PO & Nytro K. Improving subjective health and reducing absenteeism in a natural work life-intervention. *Scand.J.Psychol.* 2001;42(1):17-24.
- Schademan H.K., Jensen S, Thuesen F & Holt H. Virksomheders sociale engagement. Årbog. København, SFI 2008.
- Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA & McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol.Med.* 2007;37(3):351-362.
- Schoenbaum M, Unutzer J, McCaffrey D, Duan N, Sherbourne C & Wells KB. The effects of primary care depression treatment on patients clinical status and employment. *Health Serv.Res.* 2002;5(37):1145-58.
- Shaw L, Segal R., Polatajko H & Harburn K. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation* 2002;24(4):185-195.
- Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ & Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005;15(4):475-89.
- Thornicroft G, Brohan E, Kassam A & Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *Int.J.Ment.Health Syst.* 2008;2(1):3.
- van der Feltz-Cornelis CM, Meeuwissen JA, de Jong FJ, Hoedeman R & Elfedali I. Randomised controlled trial of a psychiatric consultation model for treatment of common mental disorder in the occupational health setting. *BMC.Health Serv.Res.* 2007;7:29.
- van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH & van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup.Environ.Med.* 2003;60(6):429-437.
- van Dierendonck D, Schaufeli WB & Buunk BP. The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology* 1998;83(3):392-407.
- van Oostrom S. A Workplace Intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomized controlled trial. I: van Oostrom, red. Return to work for employees with distress. Cost-effectiveness of the participatory workplace intervention., Vrije University 2010a. s. 137-155.
- van Oostrom S. Return to work for employees with distress. Cost-effectiveness of the participatory workplace intervention. [Ph.d.-afhandling]. The Netherlands, Vrije University 2010b.

- van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, de Vet HC, Knol DL & van Mechelen W. Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized controlled trial. *BMC.Public Health* 2008;8:12.
- van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC & van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC.Health Serv.Res.* 2007;7:127.
- van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W & Anema JR. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2009a(2):CD006955.
- van Oostrom SH, van MW, Terluin B, de Vet HC & Anema JR. A Participatory Workplace Intervention for Employees With Distress and Lost Time: A Feasibility Evaluation Within a Randomized Controlled Trial. *J.Occup. Rehabil.* 2009b.
- van Rhenen W, Blonk RW, Schaufeli WB & van Dijk FJ. Can sickness absence be reduced by stress reduction programs: on the effectiveness of two approaches. *Int.Arch.Occup.Environ.Health* 2007;80(6):505-515.
- Vandenbroucke JP, von EE, Altman DG, Gotzsche PC & Mulrow CD et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *Epidemiology* 2007;6(18):805-35.
- Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, van Mechelen W, Hoedeman R, Van Marwijk HW, Rutten FF, Hakkaart-van Roijen L & van der Feltz-Cornelis CM. Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC.Health Serv.Res.* 2008;8:99.
- Waddell G & Watson PJ. *The Back Pain Revolution*. Edinburgh, Churchill Livingstone 2004.
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F & Ludman EJ et al. Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: A randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298(12):1401-11.
- Wang PS, Simon GE & Kessler RC. Making the business case for enhanced depression care: The National Institute of Mental Health-harvard Work OUTcomes Research and Cost-effectiveness. *J.Occup.Environ.Med.* 2008;4(50):468-75.
- Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N & Meredith L et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000;2(283):212-220.
- WHO. *The Global Burden of Disease*. 2004.
- WHO. *Mental health policies and programmes in the workplace*. 2005. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Bilag 5.1

Litteratursøgning

Søgningen er foretaget i: PUBMED, Web of Science, PsycINFO. I tabel 5.1 ses en oversigt over de valgte søgeord, samt inklusions- og eksklusionskriterier. Kriteriet for inklusion var 'sygemeldte med mentale helbredsproblemer, der var tilknyttet arbejdsmarkedet'. Interventionerne kunne omfatte alle typer af interventioner. De primære outcomes omfattede tilbagevenden til arbejde, førtidigt arbejdsophør, reduktion af sygefravær og arbejdsfastholdelse. Sekundære outcomes indbefattede forbedring af funktionsevne og helbreds-virkninger i form af forringelse eller forbedring af helbred på symptomniveau eller lignende. Der blev gennemgået litteratur, hvor tilbage til arbejdetinterventioner er evalueret i den internationale litteratur. Der var kun et begrænset antal reviews og metaanalyser, der indbefattede alle elementer af forsknings-spørgsmålet, så primære studier blev også inkluderet i litteraturgennemgangen. Ligeledes inkluderedes igangværende forsøg.

Udvælgelse af artikler

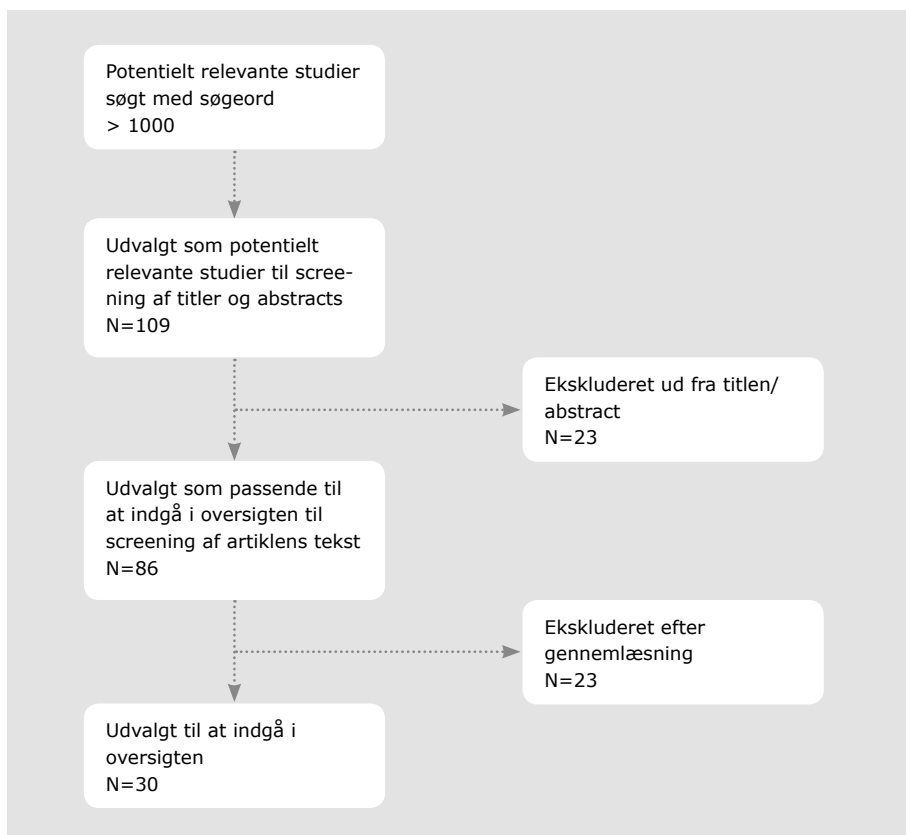
Efter søgeprocessen har tre medarbejdere gennemgået alle fundne artikler. De tre medarbejdere har uafhængigt af hinanden først ekskluderet/inkluderet ud fra titlerne. Kriterier for eksklusion og inklusion blev sammenlignet og diskuteret, og såfremt titlerne ikke indeholdt inklusionskriterierne, blev de ekskluderet. Herefter blev artikler udvalgt efter samme procedure – ved at gennemgå abstracts. Afgørelse om inklusion blev foretaget ved enighed – uenighed afklaret via diskussion. Grunde til eksklusion var: Målgruppen var for lille, ikke i beskæftigelse, havde ikke psykiske problematikker, interventionerne var for langt fra at påvirke arbejdsmæssige formål.

Tabel 5.1. Søgeord, inklusions- og eksklusionskriterier for kapitel 5

	Inklusion	Eksklusion	Søgeord (eng)
Målgruppe	Beskæftigede og sygemeldte med mentale helbredsproblemer		mental health mental disorders depression anxiety wellbeing Minor mental health problems Episodes of poor mental health Risk of job loss due to mental illness Burnout Stress mental illness Sickleave
Intervention/eksponering	Forskellige typer af intervention		Workdirected interventions Modified working hours Modified job tasks Social support Return to work coordinator Workerdirected interventions Pharmacological intervention Psychological intervention Psychotherapy psychoeducation Integrated care Case management Collaborative care Interdisciplinary team Mentor Social support Therapy Exercise Mindfulness Activating intervention
Primære outcomes	Varighed af fravær, tilbagevenden til arbejde, helbred, arbejdsevne, arbejdsophør		Absenteeism Return to work Employment outcomes Employment status Work outcomes Work functioning Productivity Readiness to work Workdays missed Status Employability Workability Back to work Cost effectiveness Sick leave Functional status
Sekundære outcomes	Varighed af fravær, tilbagevenden til arbejde, helbred, arbejdsevne, arbejdsophør		Social functioning Depression Stress Health Symptoms Prognostic risk factors Functioning Functional status Wellbeing Quality of life
Studie type	Interventionsstudier, RCT, primærstudier		
Begrænsning i tid	1995-2009		

Figur 5.1 viser et flowdiagram, der illustrerer processen.

Figur 5.1. Flowdiagram over udvælgelsesproces af artikler til kapitel 5



Kvalitetsvurdering

Litteraturgennemgangen i kapitlet blev kvalitetsvurderet på den måde, at studier af dårlig forskningsmæssig kvalitet, såsom mangler og usikkerhed i metode eller analyse, blev nedprioriteret. Studierne blev kvalitetsvurderet ud fra generelle kvalitetskriterier anvendt i international forskning (Vandenbroucke JP et al. 2007¹). I tabel 5.2. ses det skema, der er udviklet som en form for tjekliste til at kvalitetsvurdere de gennemgåede primære artikler. Skemaet er således ikke anvendt stringent og konsekvent, men brugt som et redskab til at identificere metodemæssige usikkerheder samt vurdere vægtningen i den samlede vurdering af evidens.

¹ Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gotzsche PC & Mulrow CD et al. Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *Epidemiology* 2007; 6 (18): 805-35

Tabel 5.2 Skema til kvalitetsvurdering af primære artikler

Der blev givet fra 0 til 3 point til hvert af de syv kvalitetskriterier. Der blev på baggrund heraf udregnet en gennemsnitlig score ud fra disse syv kriterier. Gennemsnittet afspejler artiklens overordnede kvalitet.

Pointskala fra 0 til 3:

0=manglende beskrivelse af indhold ift. pågældende kvalitetskriterium

1=kvalitetspunkt gennemgået på usystematisk vis

2=visse mangler ift. kvalitetskriteriet

3=klar og gennemskuelig beskrivelse af kvalitetskriterium.

Titel, forfatter	Bemærkninger	Point
1. Forskningsspørgsmål		
Definition af:		
Målgruppe?		
Intervention/eksponering?		
Relevante outcomes?		
Tidsperiode?		
Videnskabelig baggrund?		
2. Design		
Styrke ift. forskningsspørgsmål		
3. Metode		
Rekruttering		
Hvis randomisering: hvordan er den foretaget og af hvem?		
Interventioner – præcise detaljer om den intendede intervention for interventionsgruppen og for kontrolgruppen (fx: hvad er care as usual?)		
Af hvem og hvordan er interventionen udført i praksis?		
Metoder til måling af intervention/eksponering (fx standardiserede skalaer)		
Metoder til måling af outcome – herunder validitet og tidspunkt(er) for måling		
Rationale bag størrelse af population		
Outcomes (er alle outcomes beskrevet?)		
4. Statistisk analyse		
Relevant statistisk analyse?		
Kontrol for confounding		
Deltager flow – herunder håndtering af manglende data		
Ved kohorte: hvordan bliver tab til opfølgning tacklet,		
Ved case-kontrol: hvordan er matching af cases og kontroller tacklet?		
Ved tværsnitsstudie: Analytiske metoder der tager højde for "sampling strategi"?		
Beskrivelse af sensitivitetsanalyse?		
5. Resultater		
Deltagere i analyser		
Beskrivelse af eksponeringer		
Beskrivelse af outcomes – både primære og sekundære		
Beskrivelse af estimerede sammenhænge		
Baseline data: demografi og kliniske karakteristika for hver gruppe		

Titel, forfatter	Bemærkninger	Point
Oplysninger vedr. antal deltagere, ikke deltagelse, drop out, manglende data, "Intention to treat" Ved Kohorte: Opsummer tid til opfølgning, fx gennemsnit og totalt antal, antal af outcome/målinger over tid Ved Case-kontrol: Tal for hver eksponerings kategori eller opsummer eksponerings målinger Ved tværsnitsstudie: Antal af outcomes eller opsummer målinger Tilpassede tal – fx konfidensintervaller		
6. Fejlkilder, bias og confounder		
Er der taget højde for potentielle bias?		
Fejlkilder og evt. confoundere?		
Er der taget højde for confoundere i analysen og i det hele taget?		
7. Generalisering, anvendelighed		
Sammenfatning		
Begrænsninger (bias, intern validitet)		
Fortolkning (egne begrænsninger, sammenhæng med		
lignende forskning, anden evidens)		
Generalisering (ekstern validitet)		
Klinisk relevans		
Pointgennemsnit		

Kapitel 6

Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der for tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med mentale helbredsproblemer?

Indhold

6.1. Problemstilling, baggrund og forskningsspørgsmål	371
6.2. Interessenter og opgaver	374
6.3. Personfaktorer som hæmmende og fremmende faktorer	375
Demografiske faktorer	377
Comorbiditet	378
Funktionsniveau	378
Sygdomsforståelse	379
Fear avoidance	380
Personlighedstræk, copingstrategi og tilbagevenden til arbejde	381
Motivation og tilbagevenden til arbejde	382
Opsummering	384
6.4. Fremmende og hæmmende faktorer i arbejds- og arbejdsmarkedssystemet	385
Introduktion	385
Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er forbundet med det danske arbejdsmarkedssystem?	387
Toplelsen	389
Den nærmeste leder	390
Kollegaer	392
Fagforeninger	393
Interaktion mellem interessenter på arbejdspladsen	393
Betydningen af delvis tilbagevenden til arbejde	394

Udbredelse og betydning af modifikation af arbejdet.....	395
Fremmende og hæmmende faktorer i det psykiske arbejdsmiljø.....	396
Erfaringer med de hollandske regler	397
Opsamling.....	398
6.5. Fremmende og hæmmende faktorer i sundhedssystemet.....	400
Behandling	401
Lægeerklæringer i forbindelse med sygemelding	405
6.6. Fremmende og hæmmende faktorer i det sociale system.....	411
Betydningen af incitamenter i kompensationssystemet for tilbagevenden til arbejde.....	412
Betydningen af udøvelse af gatekeeper-funktionen	413
Oplevede problemer i sagsbehandlernes praksis.....	414
Sygemeldtes erfaringer i samarbejdet med sagsbehandlere.....	414
Sagsbehandleres samarbejde med sundhedssystemet	415
Sagsbehandlerens samarbejde med arbejdspladsen	416
6.7. Koordinatorfunktion	418
Koordination af TTA-interventioner	418
Erfaringer med case management	419
Interaktion og kommunikation mellem de enkelte systemer.....	419
Referencer	421

6.1. Problemstilling, baggrund og forskningsspørgsmål

I det foregående Kapitel 5 har vi behandlet den foreliggende viden fra den internationale litteratur om, hvilke slags interventioner der er effektive i forhold til at forebygge sygefravær hos medarbejdere med mentale helbredsproblemer, fremme tilbagevenden til arbejde og derved fremme fastholdelse i arbejdet og forebygge tidligt arbejdsophør. Men derudover er det vigtigt at erkende, at der er en lang række faktorer, der kan have betydning for, om og hvor hurtigt personer vender tilbage til arbejde efter sygefravær.

I dette kapitel ønsker vi at beskæftige os med, hvilke faktorer der henholdsvis fremmer og hæmmer tilbagevenden til arbejde og fastholdelse af medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Tilbagevenden og fastholdelse er komplicerede processer. De forskellige typer af faktorer, der kan tænkes at påvirke tilbagevenden til arbejde, er illustreret i Figur 6.1. Figuren er bygget op over de fire primære aktører i et tilbage til arbejdsforløb, nemlig den syge selv, arbejdspladsen, og sundhedssystemet og det sociale system. Området er meget komplekst, så vores review af forskning vil ikke være udtømmende. I mange tilfælde vil det være overordentligt vanskeligt at gennemføre studier, hvoraf man kan udlede evidens for sammenhænge, endsige årsagssammenhænge. Der vil kun være indikationer for sammenhænge. Nogle af de sammenhænge, der vil blive beskrevet, er antageligt afhængige af den kontekst, der findes i det land, de omtalte studier er gennemført i, og man bør være varsom med at generalisere til danske forhold. På den anden side ville det være uklogt ikke at lære af de erfaringer, der findes. Man kan forsøge at finde frem til, hvilke kontekstfaktorer der påvirker de nævnte sammenhænge.

Interventioner

Pilen I illustrerer den virkning, vi antager kommer fra de interventioner, der implementeres med henblik på tilbagevenden til arbejde.

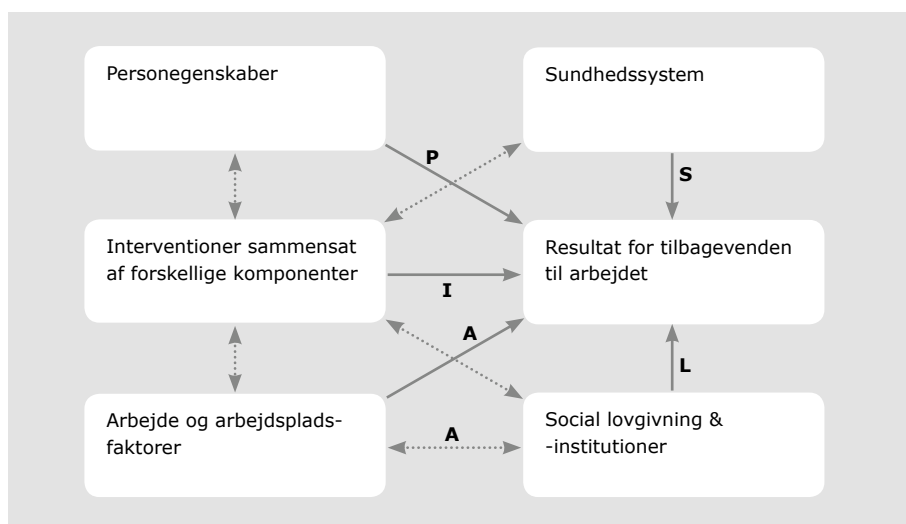
Personfaktorer

Pilen P illustrerer virkninger på tilbagevenden til arbejde fra forskellige personfaktorer. Blandt personrelaterede faktorer kan der skelnes mellem dem, der er forbundet med selve sygdommens forløb, fx lettelse af symptomer og genvindelse af funktionsfærdigheder, og intrapersonelle og kognitive faktorer som fx selvtillid, selvværdsfølelse, beslutningskompetence og forventninger om at blive rask eller ikke.

Nogle personer kan opleve, at deres funktionsevne er reduceret i en grad, der gør det vanskeligt at udføre de opgaver, som de tidligere har varetaget.

Her kan man se sig nødsaget til at melde sig syg i en kortere eller længere periode. Bredere personfaktorer som forventninger, motivation og parathed samt opfattelser af sig selv og andre, fx opfattelse af ledernes opgaver i forbindelse med tilbagevenden til arbejde spiller også en rolle for tilbagevenden til arbejde. Den stiplede pil mellem interventioner og personfaktorer indikerer, at nogle af interventionerne kan være rettet mod at påvirke de personsegenskaber, der influerer på tilbagevenden til arbejde.

Figur 6.1. Faktorer der påvirker tilbagevenden



Arbejdspladsen

Pilen A illustrerer, at der kan være forhold ved arbejdet og arbejdspladsen, der kan påvirke tilbagevenden til arbejdet. Det kan fx være mulighederne for modifikation af arbejdsopgaver for den medarbejder, der har et mentalt helbredsproblem, lederens støtte af medarbejderen og kollegernes holdning til mentale helbredsproblemer. Den stiplede pil mellem intervention og arbejde og arbejdspladsfaktorer indikerer, at nogle af interventionerne kan rettes mod at påvirke arbejdspladsforhold, der kan fremme tilbagevenden til arbejde.

Sundhedssystemet

Pilen S indikerer, at sundhedssystemet også potentielt kan fremme og hæmme tilbagevenden til arbejde. Hvis der fx er ventetid på behandling af mentale helbredsproblemer, kan man risikere, at tilbagevenden bliver forsinket. Den stiplede pil mellem interventioner og sundhedssystem indikerer, at behand-

ling i sundhedssystemet kan være del af en koordineret intervention og dermed medvirke til tilbagevenden til arbejde.

Social lovgivning-institutioner

Pilen L illustrerer, at lovgivningen og de sociale institutioner kan påvirke processen og resultatet af tilbagevenden til arbejde. Fx kan man tænke sig, at regler og procedurer vedrørende førtidspension kan påvirke sygemeldtes motivation for at vende tilbage til arbejdet.

Tilbagevenden til arbejde (TTA) efter en psykisk lidelse eller stress med reduceret arbejdsevne og en sygefraværsperiode til følge er som nævnt en kompliceret proces. Det er især kompliceret, fordi processen påvirker mange personer, arbejdspladser og organisationer.

De store omkostninger forbundet med nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør og det faktum, at dårligt gennemførte TTA-forløb kan ende med hel eller delvis udelukkelse fra arbejdsmarkedet, tyder på, at der er store forbedringsmuligheder, selvom der i en periode har været sat fokus på tilbagevenden til arbejde.

6.2. Interessenter og opgaver

Inden for forskningen i tilbagevenden til arbejde er det vigtigt at være opmærksom på, at der er flere forskelle i outcomes (resultater), som kan have forskellig betydning for forskellige interessenter. De outcomes, der oftest er blevet undersøgt, er arbejdsstatus, dvs. om personen er i arbejde, er ophørt med arbejde eller i langvarigt sygefravær, samt varigheden af evt. sygefravær. Kun en mindre del af forskningen har beskæftiget sig med økonomiske outcomes som tab for henholdsvis arbejdsgiver og den sygemeldte selv i forbindelse med langtidsygefravær og outcomes vedrørende de sygemeldtes arbejdsrollefunktion og arbejdsevne. I endnu mindre grad har forskningen beskæftiget sig med langsigtede resultater som den sygemeldtes helbred og velbefindende samt arbejdspladsernes sociale arbejdsmiljø.

For at kunne forstå TTA-processen til bunds er det vigtigt at se nærmere på, hvorledes disse forskellige typer af outcomes kan påvirke de forskellige interessenters motivation, bekymringer og tillid til, at det ønskede resultat opnås. En interessent er her defineret som enhver person, organisation og institution, som kan opnå gevinster eller tab som følge af et TTA-forløb. I ethvert land er de forskellige systemers og interessenters opgaver, forpligtelser og rettigheder i relation til sygefravær og tilbagevenden til arbejde beskrevet mere eller mindre detaljeret i lovgivning, officielle retningslinjer og vejledninger mv.

6.3. Personfaktorer som hæmmende og fremmende faktorer

Den centrale aktør er den person, der har et mentalt helbredsproblem, og som har sygefravær og er i risiko for at ryge helt ud af arbejdslivet. Andre væsentlige aktører er familien og pårørende, som kan blive berørt af TTA-forløbet. Medarbejderen med et helbredsproblem vil oftest have en interesse i så vidt muligt at bevare sin arbejdsevne, sin status og indtjening via en succesfuld tilbagevenden til sit gamle arbejde eller et andet arbejde. Hvis dette ikke er muligt, da vil vedkommende have en interesse i at opnå bedst mulig alternativ forsørgelse, typisk via pension eller fleksjob. Ved siden af de økonomiske og statusmæssige interesser vil medarbejderen også have en række mere alment menneskelige interesser i at bevare helbredet, selvværdet og værdsættelse som deltagende medlem af samfundet.

Alle disse interesser forekommer at være væsentlige, men de kan for nogle personer være indbyrdes modstridende. Der er begrænset videnskabelig viden om, hvor meget betydning de forskellige interesser har for personer, der er sygemeldte, og om hvordan deres indbyrdes vægtning er, hvilket har betydning for personlige mål og motivation. Der findes dog enkelte undersøgelser af forekomsten af forskellige mål hos sygemeldte og af deres tilfredshed med den behandling, de får i sundhedssystemet og i det sociale system under deres TTA-forløb.

Personer med mentale helbredsproblemer kan have bekymringer angående tab af arbejde og indtjening og om mulighederne for at bevare sit helbred og sit selvværd. De kan være bekymrede for, om de kan klare at komme (tidligt) tilbage til arbejdet, og bekymrede for, om de vil blive støttet af ledere og kolleger eller omvendt blive udsat for forskellige negative handlinger. Dette kan yderligere føre til, at de helst vil skjule, at de har et mentalt helbredsproblem, hvilket kan hæmme et TTA-forløb og endvidere hæmme, at de kommer i en passende behandling (se tillige afsnit om mobning, konflikter og stigmatisering i Kapitel 3). I den forbindelse kan medarbejderen med mentale helbredsproblemer have en interesse i at få modificeret sine arbejdsopgaver og samarbejdsrelationer. For medarbejderen, der er sygemeldt, er der endvidere defineret nogle forpligtelser til at medvirke aktivt til at vende tilbage til arbejde. Hvis medarbejderen ikke gør det, er der risiko for at miste ansættelsen og/eller sygedagpengene.

Medarbejderens familie og pårørende har antageligt næsten de samme interesser som den sygemeldte. Herudover kan de have nogle interesser, der ud-

springer af, at helbredsproblemet og måske sygefraværet udgør en byrde for dem.

Der er således mange faktorer, der har indflydelse på, om sygemeldte med mentale helbredsproblemer vender tilbage til arbejdet igen. Som beskrevet senere i dette kapitel kan arbejdspladsen, sundhedssystemet samt det sociale system, herunder arbejdsmarkedsreguleringer, have indflydelse på udfaldet af et langvarigt sygefraværsforløb. Men i sidste ende er det kun den sygemeldte selv, som kan beslutte sig for, om tilbagevenden skal påbegyndes, eller sygefraværet forlænges, og i praksis oplever man, at der er store individuelle forskelle på, hvordan den sygemeldte opfatter og håndterer sin sygemelding og relation til arbejdsmarkedet. Forskning inden for dette område er endnu meget begrænset for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Derfor vil vi, hvor det er relevant, inddrage forskning fra sygemeldte med somatiske helbredsproblemer.

Varigheden af et sygefravær hænger ikke nødvendigvis tæt sammen med sygdommens medicinske sværhedsgrad (Mortensen et al. 2008)(Nieuwenhuijsen et al. 2006). Dette faktum har fået "The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)" til at beskrive udfaldet af sygefravær som afhængende af fire faktorer: 1. Medicinske faktorer 2. Arbejdsrelaterede faktorer 3. Kontekstuelle faktorer og 4. Personlige faktorer.

Som beskrevet i Kapitel 2 er det forskelligt, hvornår man melder sig syg, når et mentalt helbredsproblem opstår. Der findes kun en meget begrænset viden om, hvilke personlige faktorer der spiller en rolle for, om en syg person sygemelder sig med det samme eller fortsætter med at gå på arbejde trods helbredsproblemet. Ud over at der kan være individuelle forskelle på, hvornår man sygemelder sig, er der også individuelle forskelle på, hvornår sygemeldte vælger at vende tilbage til arbejdet igen. Nogle vælger at vende tilbage til arbejdet, inden en fuldstændig symptomlettelse er opnået, mens andre først føler sig trygge ved at vende tilbage, når alle symptomer er borte (recovery).

Der eksisterer endnu kun meget begrænset viden om betydningen af personlige faktorer for sygemeldte med mentale helbredsproblemers tilbagevenden til arbejde. Dette afsnit vil præsentere den sparsomme viden, der omhandler sygemeldte med mentale helbredsproblemer, og hvor det er relevant at inddrage studier om personlige faktorer fra muskel- og skeletbesværforskningen. Også her er forskningen om personlige faktors betydning for tilbagevenden til arbejde dog begrænset.

Med personlige faktorer forstås forhold, betingelser og personlighedsmæssige karakteristika, som tilhører den pågældende person, som er sygemeldt. I nedenstående sættes der fokus på følgende:

- Demografiske faktorer
- Comorbiditet
- Funktionsniveau
- Sygdomsforståelse og fear avoidance
- Personlighedstræk og copingstrategier
- Motivation

Demografiske faktorer

Demografiske faktorerers betydning for sygemeldte med mentale helbredsproblemer er ret velundersøgt. Bl.a. har man set på, hvorvidt alder, køn og uddannelsesniveau er hæmmende eller fremmende faktorer for tidspunktet for tilbagevenden til arbejde, men resultaterne er endnu få og modstridende. I et systematisk review af Dekkers-Sanchez et al. (Dekkers-Sanchez et al. 2008) har man undersøgt, hvilke faktorer der spiller en rolle for, at folk med sygefravær over seks uger vender tilbage til arbejdet eller fortsætter sygefraværet. Dette review konkluderer, at der kun er svag evidens for, at alder og tidligere sygefravær har sammenhæng med langvarigt sygefravær. Birket-Smith og Eplov finder i deres litteraturgennemgang, at høj alder udgør en hæmmende faktor for tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer (Birket-Smith et al. 2009).

Det er endnu ikke velundersøgt, om den økonomiske situation for sygemeldte med mentale helbredsproblemer spiller en afgørende rolle for tilbagevenden til arbejde. En enkelt litteraturgennemgang peger på, at lav socioøkonomisk status kan være en hæmmende faktor (Birket-Smith et al. 2009). Man kan forestille sig, at hvis den sygemeldte er i risiko for at miste enten sin ansættelse og/eller sine sygedagpenge, kan dette fremme tidspunktet for tilbagevenden til arbejde. Omvendt kan selvsamme risiko også resultere i øget stress og bekymring for fremtiden og dermed vanskeliggøre rehabiliteringen.

Den sygemeldtes sociale netværk kan potentielt også påvirke sandsynligheden for tilbagevenden til arbejde. En hypotese kan være, at ægtefællens, familiens og venners reaktion og holdning til sygemeldingen påvirker udfaldet af sygefraværet. Måske kan det fremme en tidlig – men ikke nødvendigvis varig – tilbagevenden, hvis sygefraværet udgør en byrde for familiens sociale

og økonomiske situation, eller hvis venner og familie ikke betragter sygdommeldingen som en acceptabel håndteringsstrategi. Omvendt kan det udgøre en hæmmende faktor for tilbagevenden, hvis familie og venner overbeskytter den sygemeldte og/eller ser det som nødvendigt, at den sygemeldte opnår fuld symptomlettelse inden tilbagevenden (Ektor-Andersen J et al. 2010). Dette område er dog endnu ikke velundersøgt, hvorfor ovenstående må betragtes som hypoteser, som fremtidig forskning med fordel kan undersøge.

Comorbiditet

I forhold til personfaktorer som hæmmende og fremmende for tilbagevenden til arbejde er det vigtigt at være opmærksom på eventuel comorbiditet. Som tidligere nævnt er det vist i en undersøgelse, at omtrent en tredjedel af patienterne med mentale helbredsproblemer har lidelser fra flere end én diagnosegruppe. Især for angstlidelser er det relevant at være opmærksom på comorbiditet, idet op mod 89 % af dem med angstlidelser har andre mentale eller somatiske symptomer. (Toft et al. 2005). For at sikre en tidlig og varig tilbagevenden er det vigtigt, at man får undersøgt for og behandlet eventuelle comorbide lidelser, idet manglende diagnosticering og behandling af en sekundær fysisk eller psykisk lidelse kan være en hæmmende faktor for varig tilbagevenden.

Funktionsniveau

Som beskrevet i Kapitel 2 er nogle af konsekvenserne ved mentale helbredsproblemer en reduktion i funktions- og arbejdsniveauet, men der er forskel på, hvilke funktionsproblemer den enkelte person oplever. Nogle personer med fx depression kan have store koncentrationsvanskeligheder og alvorlige forstyrrelser af de interpersonelle relationer, mens andre i højere grad oplever motivations- og energiproblemer, nedsættelse af de kognitive funktioner eller selvreguleringsvanskeligheder. Derudover er der stor individuel variation i styrke og varighed af restsymptomer, og nogle personer kan være op til to år om at opnå samme funktionsniveau som inden depressionens indtræden (Brouwers tre artikler fra Kapitel 5.2 (Brouwers EPM et al. 2006b; Brouwers EPM et al. 2006a; Brouwers EPM et al. 2007)).

I planlægningen af tilbagevenden til arbejde er det derfor vigtigt, at man tager udgangspunkt i den enkelte sygemeldtes specifikke funktionsniveau. På bag-

grund af de gennemgåede studier inden for sygenærvær er der indikation for, at nogle jobfunktioner og arbejdskrav i særlig grad kan være relevante at tilpasse for at fremme tilbagevenden for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Sygenærværforskningen peger på, at depressive ansatte er signifikant dårligere til at udføre tankekrævende og interpersonelle opgaver samt styre tiden. Varetager den depressive sygemeldte et arbejde, som er domineret af en høj grad af beslutningstagning, kommunikation og kundekontakt, kan det potentielt påvirke den sygemeldtes motivation for og oplevelse af at være parat til at vende tilbage. Hvorvidt et nedsat funktionsniveau, restsymptomer og/eller kernesymptomer, som ved depression er tristhed, nedsat lyst og nedsat energi, udgør en hæmmende faktor for tilbagevenden til arbejde, afhænger altså af jobtypen og muligheder for arbejdstilpasninger, så funktionsniveau og arbejdsopgaver er i balance.

Sygdomsforståelse

Der er indikation for, at den sygemeldtes *sygdomsforståelse* også har betydning for, om og hvornår man vender tilbage til arbejdet. Betydningen af sygdomsforståelse er indtil videre kun undersøgt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Vi vil i det nedenstående redegøre for disse resultater, da det kan forventes, at sygemeldtes sygdomsforståelse også spiller ind på TTA-processen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Det er dog endnu for tidligt at sige, om det er den *samme* rolle som ved muskel- og skeletbesvær.

At være langtidssygemeldt opleves af mange som et voldsomt brud på hverdagslivet, og bekymringerne over helbred og fremtidig tilknytning til arbejdsmarkedet er ofte store (Hauge B 2008). I et forsøg på at skabe mening i og kontrol over sygdom og livssituation udvikler den sygdomsramte en *personlig sygdomsforståelse*, som har til funktion at:

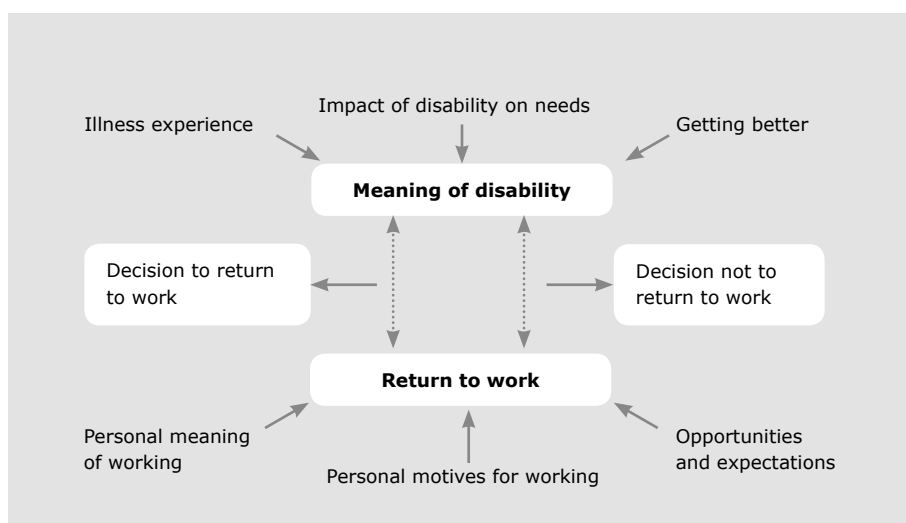
1. Forklare årsagen/årsagerne til sygdommen og symptomerne
2. Forudsige, hvad der vil ske med én i fremtiden
3. Vejlede i, hvordan man bedst tackler sin sygdom og livssituation.

Den sygdomsramte skaber og omskaber løbende sygdomsforståelsen ud fra egen livshistorie og erfaringer samt gennem mødet med omgivelsernes forståelser og håndtering af sygdommen – herunder information fra behandlere, arbejdspladsen, medier, familie og venner. I relation til somatiske helbredsproblemer er det påvist, at den sygemeldtes subjektive forståelse af smerter, symptomer, helbredsproblematik, (u)arbejdsdygtighed og prognose har ind-

flydelse på sandsynligheden for tilbagevenden (Mortensen et al. 2008) (Shaw et al. 2002). Den sygemeldtes sygdomsforståelse synes altså at have betydning for, hvordan personen tænker og handler i forhold til tilbagevenden til arbejde.

Shaw et al. (Shaw et al. 2002b) har gennem dybdeinterviews med langtids-sygemeldte med somatiske helbredsproblematikker nærstuderet den sygemeldtes egen forståelse af helbredsproblematikken, herunder hvor vigtigt det er for den sygemeldte at vende tilbage til arbejdet. Det viste sig, at personens egen forståelse havde stor betydning for, om den sygemeldte vendte tilbage til arbejdet (se Model 6.2).

Model 6.2



Fear avoidance

Sygdomsforståelsen hænger tæt sammen med et andet begreb, som ofte anvendes inden for muskel- og skeletbesværområdet – nemlig fear avoidance. I hvidbogen "Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær" (Mortensen et al. 2002) oversættes begrebet til "Smerteunddragelse". Graden og konsekvensen af fear avoidance varierer fra person til person og kommer til udtryk i den måde, hvorpå smerten håndteres: Hvis personen ikke frygter smerten, vil denne konfrontere smerten, fastholde et vist aktivitetsniveau og dermed opnå selvtillid og en følelse af at kunne kontrollere smerten.

Omvendt kan man også begynde at frygte den smerte, der er forbundet med visse bevægelser. Dette resulterer i en negativ spiral, hvor personen udvikler en overdreven sensitivitet og "katastrofetanker" om, hvilke skader og konsekvenser der kan opstå som følge af en akut smertetilstand. Denne negative spiral kan komme til udtryk i "bevægelsesangst". Konsekvensen af dette er, at bevægelser undgås, hvormed personen får sværere og sværere ved at røre sig med øget dysfunktion og yderligere bevægelsesangst til følge, hvilket ikke sjældent resulterer i en langtidssygemelding (Ektor-Andersen J et al. 2010).

Fear avoidance er endnu ikke undersøgt hos personer med mentale helbredsproblemer. En hypotese kan være, at fear avoidance også kan optræde i forbindelse med mentale helbredsproblemer. Eksempelvis kan fear avoidance komme til udtryk ved, at en kortvarig stressfølelse, koncentrationsbesvær eller kortvarig nedtrykthed resulterer i en negativ spiral, hvor der udvikles en sensitivitet over for også kortvarige og ikke alvorlige symptomer, som den sygemeldte forbinder med en (tidligere) psykisk lidelse. Denne sensitivitet kan resultere i en overdreven frygt for at forværre lidelsen eller udvikling af en ny sygdomsepisode, hvilket kan føre til et unødvendigt lavt aktivitetsniveau samt en overbevisning om, at arbejdet forværrer helbredet. Dette kan forventes at udgøre en hæmmende faktor for tilbagevenden til arbejde.

Da sammenhængen mellem sygdomsforståelse, fear avoidance og tilbagevenden til arbejde endnu ikke er undersøgt for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, er ovenstående at betragte som hypoteser fremsat på baggrund af muskel- og skeletbesværforskningen.

I forbindelse med Det Store TTA-Projekt, som gennemføres i over 20 kommuner fra 2010-2012 (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2010) vil det i evalueringen blive undersøgt, hvilken betydning den sygemeldtes sygdomsforståelse har for længden af sygefraværet, samt hvilke aktører og TTA-indsatser, der påvirker sygdomsforståelsen. Der vil da forhåbentlig komme mere klarhed over dette spørgsmål.

Personlighedstræk, copingstrategi og tilbagevenden til arbejde

Et prospektivt studie om sammenhængen mellem coping og sygefravær uafhængigt af diagnose viser, at en aktiv problemløsningsstrategi reducerer sygefraværlængden, mens en reaktiv-passiv-strategi forlænger sygefraværet (Van Rhenen, W. et al. 2006). Begrebet *copingstrategi* dækker over en persons kognitive og adfærdsmæssige indsats for at håndtere relevante eksterne og/

eller interne krav (Lazarus 1966, 1984, 1999). Interventioner rettet mod copingstrategier er blandt de mest udbredte psykologiske interventioner i TTA-forløb for sygemeldte med somatiske og/eller mentale helbredsproblemer (Corbière & Shen 2006). Dette kan synes paradoksalt i forhold til mentale helbredsproblemer, idet der ud over det refererede studie endnu ikke eksisterer viden om, hvilke copingstrategier der fremmer eller hæmmer tilbagevenden til arbejde for denne gruppe af sygemeldte (Van Rhenen et al. 2006).

Der er flere studier af personlige faktoreres betydning for tilbagevenden til arbejde inden for muskel- og skeletbesvær, som peger på en sammenhæng mellem den sygemeldtes forventninger om tilbagevenden til arbejde og reel tilbagevenden til arbejde (Foreman & Murphy 2006), mellem graden af sense of coherence og tilbagevenden til arbejde (Atroshi I, et al. 2002) og mellem self-efficacy og tilbagevenden til arbejde (Arnstein P 2000), hvor self-efficacy er defineret som forventningen om, at man er i stand til succesfuldt at udføre de nødvendige handlinger og opnå de ønskede resultater. (Arnstein P 2000), (Franché & Krause 2002). Sammenhængen mellem self-efficacy og tilbagevenden til arbejde er også dokumenteret for sygemeldte med mentale helbredsproblemer (Van Ooström 2007). Et studie viser endvidere, at lav grad af selv-efficacy også spiller en rolle for førtidigt arbejdsophør blandt sygemeldte med mentale helbredsproblemer (Claussen et al. 2009; Claussen & Dalgard 2009). Yderligere et studie viser, at håbløshed og dårlig social og arbejdsmæssig funktion spiller en rolle blandt personer med depression for, om de senere får tilkendt førtidspension.

Motivation og tilbagevenden til arbejde

Forskningen inden for muskel- og skeletbesvær viser, at motivation er en prædiktør for tilbagevenden til arbejde (Gard & Larsson 2003). I forhold til motivation for tilbagevenden til arbejde er der en tilbøjelighed til, at man kategoriserer den sygemeldte som enten motiveret eller ikke-motiveret for tilbagevenden til arbejde, hvilket resulterer i en uhensigtsmæssig dikotomisk forståelse. For at nuancere motivationsbegrebet foreslår Franché og Krause, at den sygemeldtes motivation beskrives via stadiemodellen Readiness for Return to Work (RRW), som gør op med den sort-hvide tænkning om motivation og i stedet argumenterer for, at motivationen kan være rettet mod forskellige mentale og adfærdsmæssige handlinger i vejen mod tilbagevenden til arbejde (Franché & Krause 2002).

RRW beskriver den sygemeldtes motivation for tilbagevenden til arbejde i fem faser: 1. Førovervejelse, 2. Overvejelse, 3. Forberedelse af handling, 4. Handling, 5. Fastholdelse. Inspirationen til denne model kommer fra forskningen i livsstilsændringer (Prochaska & Velicer 1997; Prochaska 2008). Ifølge Readiness for Return to Work-modellen (RRW-modellen) vil den sygemeldte først bevæge sig til næste stadie, når den sygemeldte er tilstrækkeligt motiveret (Franche & Krause 2002). Det er vigtigt, at behandlersystemet er opmærksom på, hvad den sygemeldte er motiveret for, frem for udelukkende at fokusere på, om den sygemeldte er motiveret. Hvad den sygemeldte er motiveret for, afhænger altså af, hvilken af RRW-faserne, den sygemeldte er i på det pågældende tidspunkt. Ektor-Andersen (Ektor-Andersen J et al. 2010) understreger, at det er afgørende, at professionelle inden for rehabilitering tilpasser kommunikationen efter den sygemeldtes placering i faserne. Hvis den professionelle er længere fremme i forandringsprocessen end den sygemeldte, kan det resultere i unødvendig modstand og mistillid til, at det professionelle behandlersystem kan hjælpe. Hvis den sygemeldte er i før overvejelsefasen er det uhensigtsmæssigt, at en professionel opfordrer den sygemeldte til konkrete handlinger rettet mod tilbagevenden. Derimod bør den professionelle tage udgangspunkt i den sygemeldtes motivation for at overveje tilbagevenden og søge at øge motivationen for denne specifikke overvejelse.

RRW-modellen anvendes inden for TTA-interventioner for somatiske helbredsproblemer (Ektor-Andersen), og studier viser sammenhæng mellem motivation, bevægelsen gennem stadierne samt tilbagevenden til arbejde (Share D et al. 2004). Men ud fra modellen og de gennemførte studier opnår vi desværre ingen viden om, hvad der motiverer individet til tilbagevenden til arbejde (Rothman AJ et al. 2008).

Det er desuden heller ikke undersøgt, om TTA-processen – og udfaldet af den – påvirkes af, om den sygemeldtes motivation for tilbagevenden til arbejde kan karakteriseres som en primært udefrakommende motivation (omgivelsernes tildeling af belønning og straf for handlinger) eller en primært indefrakommende motivation (individets iboende engagement og psykologiske behov for udførelse af handlinger). I relation til tilbagevenden til arbejde kan førstnævnte motivation fx være frygten for fratagelsen af sygedagpenge og arbejdspladsfaktorer som arbejdsmiljø og arbejdsopgaver, mens sidstnævnte kan være arbejdsidentitet og opgør med sygerollen (Hauge B 2008; Shaw et al. 2002a). Motivationsforskningen viser, at handlinger, der udspringer af indefrakommende motivation, er forbundet med større selvværd, mindre angst og depression samt et generelt bedre psykisk velbefindende (Ryan & Deci 2000b; Ryan & Deci 2000a). Denne tendens synes relevant i forhold til tilbagevenden til arbejde, idet der er indikation for, at en stor grad af arbejdsidentitet kan øge

sandsynligheden for tilbagevenden til arbejde (Shaw et al. 2002a). Området er endnu kun sparsomt undersøgt, men en hypotese kan være, at en stærk arbejdsidentitet er en fremmede faktor for tilbagevenden til arbejde. Det er endnu ikke muligt at udtale sig om, hvorvidt indefra eller udefra kommende motivation er mest fremmede for tilbagevenden til arbejde, men overordnet er der moderat evidens for, at motivation for tilbagevenden til arbejde er en fremmede faktor.

Opsummering

Som ovenstående viser, er der endnu kun sparsom viden om, hvilke personlige faktorer, der henholdsvis fremmer og hæmmer tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Inden for muskel- og skeletbesværforskningen er det påvist, at personlige faktorer har en betydning for tidspunktet og sandsynligheden for tilbagevenden til arbejde. Det anbefales, at fremtidig forskning beskæftiger sig med personlige faktoreres betydning for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, da mere viden herom er afgørende for at forbedre og udvikle indsatser og interventioner rettet mod sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Tabel over potentielt hæmmende og fremmede faktorer for tilbagevenden til arbejde hos den sygemeldte medarbejder

Fremmede faktorer	Hæmmende faktorer
Høj self-efficacy (indikation)	Høj alder (indikation)
Aktiv problemløsning (indikation)	Lav socio-økonomisk status (indikation)
Høj motivation (hypotetisk)	
Gentagne længerevarende sygdomsperioder (indikation)	
Positive forventninger til tilbagevenden til arbejde (hypotetisk)	Comorbiditet
Stærk arbejdsidentitet (hypotetisk)	Nedsat funktionsniveau (indikation)
	Fear avoidance (hypotetisk)
	Negative forventninger til tilbagevenden til arbejde
	Reaktiv-passiv problemløsningsstrategi (indikation)
	Håbløshed (indikation)
	Lav motivation (hypotetisk)

6.4. Fremmende og hæmmende faktorer i arbejds- og arbejdsmarkedssystemet

Introduktion

Inden for arbejds- og arbejdsmarkedssystemet opererer en lang række aktører (eller interessenter) med både sammenfaldende og modstridende interesser i forhold til sygefravær. Blandt de væsentligste er arbejdsgiveren, herunder topledelsen og den daglige ledelse, medarbejderne og de faglige organisationer. For arbejdsgiveren vil reduceret arbejdsevne og sygefravær blandt medarbejderne skabe afbrydelser og forstyrrelser i arbejdet, som kræver tilpasning, og som medfører øgede omkostninger og produktionstab for virksomheden. Endvidere har arbejdsgiveren omkostninger, da de fleste overenskomster tilsiger, at medarbejderen får fuld løn under sygefravær, men arbejdsgiver kun får refunderet sygedagpenge efter tre ugers fravær. Arbejdsgiveren har en naturlig økonomisk interesse i en hurtig tilbagevenden til arbejde. Såfremt der er tale om en længerevarende reduktion af arbejdsevnen eller et længerevarende sygefravær, kan der blive tale om, at arbejdsgiveren må overveje, hvad der tjener arbejdsgiverens interesser bedst: tilbagevenden til arbejde/ fortsat arbejdsfastholdelse eller afskedigelse. Disse modstridende interesser hos arbejdsgiveren kan nogle gange resultere i, at TTA-forløbet ikke bliver optimalt.

I den danske lovgivning om sygedagpenge er der defineret en forpligtelse for arbejdsgiver til at indkalde en sygemeldt til en samtale med henblik på afklaring af sygefraværets varighed og mulighederne for hel eller delvis tilbagevenden til arbejde. Desuden kan arbejdsgiver modtage anmodninger fra den sygemeldte om at medvirke til at udarbejde en fastholdelsesplan. Arbejdsgiveren er dog ikke forpligtet til at imødekomme anmodningen. En aktiv medvirken fra arbejdsgiverens side og en dialog om tilbagevenden til arbejde er af stor betydning for, om en person med et mentalt helbredsproblem skal kunne fortsætte med at arbejde eller må blive arbejdsledig. Der har hidtil kun været forsket lidt i arbejdsgiverens interesser og overvejelser om at fastholde eller afskedige medarbejdere med langvarigt sygefravær eller nedsættelse af arbejdsevnen.

For den daglige leder kan et mentalt helbredsproblem hos en medarbejder, der medfører nedsat arbejdsevne og/eller sygefravær, ligeledes betyde vanskeligheder med at få udført det planlagte arbejde. Den daglige leder vil ofte blive nødt til at ændre bl.a. arbejdsplaner og arbejdsfordeling. For kollegerne kan et mentalt helbredsproblem medføre ændrede arbejdsrutiner, herunder at de får pålagt flere arbejdsopgaver. Også den daglige leders og kollegernes interesser kan være modsætningsfyldte. På den ene side kan de være interes-

serede i at fastholde en værdsat medarbejder og kollega, og på den anden side kan de være interesserede i at ansætte en anden medarbejder og afskedige den sygemeldte medarbejder.

Både kolleger og ledere kan ligesom den sygemeldte person have betænkeligheder og bekymringer i forbindelse med et TTA-forløb. De kan fx være bekymrede for, om der bliver skabt afbrydelser i arbejdet, konflikter mellem den tilbagevendte medarbejder og kollegerne. Desuden kan arbejdsgiveren være bekymret for, at der vil være for store omkostninger forbundet med et længerevarende TTA-forløb.

I Danmark er arbejdsmarkedet kendetegnet ved den såkaldte flexicurity-model. Den danske arbejdsmarkedslovgivning og de særlige traditioner for regulering af arbejdsmarkedsforhold i Danmark har selv sagt stor betydning for TTA-processen i Danmark. Der har imidlertid endnu kun været forsket lidt i, hvordan det danske arbejdsmarkedssystem påvirker TTA-processen. Her til kommer, at det generelt er svært at overføre forskning i disse forhold fra andre lande til danske forhold. Det skyldes netop det forhold, at sygefravær og tilbagevenden til arbejde er så påvirket af det enkelte lands lovgivning på området.

I dette kapitel har vi set på motiver og interesser hos en række aktører/interessenter: arbejdsgiveren, herunder topledelsen og den daglige eller nærmeste leder, kolleger og medarbejderen med mentale helbredsproblemer. Hver interessant kan i samspil med arbejdsmarkedssystemet og fx social- og sundhedssystemet have stor betydning for, om en medarbejder bliver rehabiliteret på arbejdspladsen efter en sygemelding. På denne måde kan hver enkelt interessant sætte sit præg på TTA-processen, hvorfor de hæmmende og fremmende faktorer, der knytter an til hver interessant, vil blive gennemgået.

Arbejdspladsen er det sted, hvor en medarbejder med mentale helbredsproblemer skal reintegreres og igen have sin daglige gang efter en sygemelding. Faktorer i det psykiske arbejdsmiljø har stor betydning for, hvor succesfuldt og hurtigt medarbejderen kan reintegreres. Faktorer, som er fremmende og hæmmende i det psykiske arbejdsmiljø, vil derfor også blive gennemgået.

Forskning i hæmmende og fremmende faktorer er endnu begrænset. Dog er der i Holland i de seneste år kommet særlige regler vedrørende tilbagevenden til arbejde i forbindelse med mentale helbredsproblematikker, hvilket der er blevet forsket en del i Høgelund (Høgelund 2002). Selvom det hollandske arbejdsmarkedssystem adskiller sig på væsentlige punkter fra det danske, kan viden om effekterne af de nye tiltag for at nedbringe sygefravær og udstødel-

se fra arbejdsmarkedet belyse, om der er positive erfaringer, man kan drage nytte af i Danmark. Således vil erfaringer om hæmmende og fremmende faktorer i Holland blive gennemgået.

De spørgsmål, der bliver gennemgået i afsnittet, er som følger:

- 1) Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er forbundet med det danske arbejdsmarkedssystem og de forskellige interessenter i systemet?
- 2) Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der i det psykiske arbejdsmiljø?
- 3) Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er forbundet med det hollandske arbejdsmarkedssystem?

Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er forbundet med det danske arbejdsmarkedssystem?

Det danske arbejdsmarked er kendetegnet ved flexicurity-modellen. For arbejdsgiveren betyder denne model fleksible regler (flexibility), hvor det er forholdsvis let at ansætte og afskedige medarbejdere. For medarbejderen betyder det, at der er et socialt sikkerhedsnet som fx dagpengesystemet og kontanthjælpssystemet, der sikrer medarbejderen et økonomisk grundlag i tilfælde af ledighed og sygdom, der er højt sammenlignet med andre lande (security). Ud over at flexicuritymodellen kan have betydning for arbejdsgiverens motivation for at fastholde en medarbejder med mentale helbredsproblemer, kan arbejdsmarkedslovgivningen og tilknyttede love og regler også have stor betydning herfor.

I modsætning til de fleste andre lande kan en medarbejder i Danmark melde sig syg i op til 14 dage, uden at medarbejderens egen praktiserende læge skal legitimere sygefraværet ved fx en erklæring. Efter 14 dage kan arbejdsgiveren stille krav om en varighedserklæring fra medarbejderens praktiserende læge, hvori det angives, om sygefraværet er langvarigt eller kortvarigt. Dog har arbejdsgiveren ikke krav på at få oplyst, hvad medarbejderen fejler.

For at nedbringe det længerevarende sygefravær blev der i efteråret 2008 indgået en trepartsaftale mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter. Trepartsaftalen indeholder forskellige tiltag til nedbringelse af sygefraværet, hvoraf to tiltag retter sig mod arbejdsgiveren. For det første skal arbejdsgiveren indkalde medarbejderen til en samtale inden for de første fire uger af medarbejderens sygemelding. Såfremt medarbejderen ikke kan vende tilbage

til arbejde inden for otte uger, kan der udarbejdes en fastholdelsesplan. For det andet kan arbejdsgiveren forlange en såkaldt mulighedserklæring fra den sygemeldte. Den består af to dele. Den første udarbejdes i fællesskab af medarbejder og arbejdsgiver/nærmeste leder. Her påføres, hvilke begrænsninger i funktionsevnen sygdommen medfører, og hvilke tilpasninger i arbejdsopgaverne, der skønnes nødvendige og mulige. I den anden del af erklæringen udtaler den praktiserende læge sig om, hvorvidt det er forsvarligt for medarbejderen at udføre de aftalte arbejdsopgaver under hensyntagen til sygdommen. Mulighedserklæringen finansieres af arbejdsgiveren.

I medfør af trepartsaftalen er arbejdsgiveren altså forpligtet til at tage initiativ til en samtale med medarbejderen, hvor en dialog om tilbagevenden til arbejde påbegyndes. Dette kan være en fremmede faktor i TTA-processen, idet kontakten mellem medarbejder og arbejdsplads bevares. Forudsat at kontakten er baseret på en konstruktiv dialog, kan muligheder og løsninger for tilbagevenden til arbejde altså planlægges i et tidligt stadie. En hæmmende faktor for en åben og fri dialog kan dog være, at arbejdsgiveren ikke nødvendigvis får at vide, hvad medarbejderen fejler. Det kan dermed i visse tilfælde være svært at planlægge arbejdsmodificeringer, der tager udgangspunkt i medarbejderens særlige problematikker. Endvidere kan det være en hæmmende faktor, hvis der har været dårligt samarbejde mellem den sygemeldte og den daglige leder på arbejdspladsen.

Der lægges i trepartsaftalen op til, at arbejdsgiver og medarbejder i fællesskab finder en løsning på, hvordan medarbejderen bedst muligt vender tilbage igen, men arbejdsgiveren er altså ikke forpligtet til handlinger, der kan fremme tilbagevenden til arbejde, som fx arbejdspladsmodifikationer. Den enkelte arbejdsgiver bliver således en slags "gatekeeper", der på den ene side kan åbne døren for medarbejderen ved at hjælpe i TTA-processen, og på den anden side lukke døren til virksomheden ved at udskifte medarbejderen med en ny. For arbejdsgiveren kan forskellige, og indimellem modsatrettede, interesser have betydning for de initiativer, der kan få en medarbejder tilbage i arbejde igen efter sygdom. Arbejdsgiveren kan på den ene side have et ønske om at få en værdsat og værdifuld medarbejder tilbage igen. På den anden kan en sådan indsats være forbundet med en ekstra arbejdsbyrde, omlægning af arbejde og nedsat produktivitet i en periode. Her kan virksomhedens størrelse, økonomi, type af produktion spille ind. Disse forhold kan alle påvirke arbejdsgiverens prioritering af initiativer til arbejdsmodificering.

Der er endnu kun lidt viden om de forskellige interessenters indflydelse på medarbejdere med mentale helbredsproblemers tilbagevenden til arbejde. I Danmark er der iværksat et større projekt: "Det store TTA-projekt", som vil

afprøve og evaluere, om interventioner med en tidlig og tværfaglig indsats med øget koordinering fører til nedbringelse af langvarigt sygefravær. Der foreligger først resultater i 2012, og man må således endnu vente på danske forskningsresultater, der kan belyse effekterne af en koordineret indsats mellem alle interessenter i TTA-processen.

De forskellige aktører i arbejdsmarkedssystemet spiller hver især forskellige roller i TTA-processen. Disse roller vil blive gennemgået i det følgende.

Topledelsen

Topledelsen er sjældent direkte involveret i TTA-processen, men initiativer oppefra kan have stor indirekte indflydelse. Det kan fx være gennem personalepolitikken. Det kan også være gennem de værdier og holdninger, der kendetegner virksomheden, og som præger medarbejdernes holdninger til, hvordan sygemeldinger vedr. mentale helbredsproblematikker håndteres, og hvordan en medarbejder succesfuldt kan rehabiliteres på arbejdspladsen. Fraværet af en eksplicit stillingtagen til disse problemstillinger kan være en hæmmende faktor, mens en personalepolitik om emnet formentlig vil kunne modvirke negative holdninger og konfliktskyhed hos de kolleger og ledere, der har direkte kontakt med den sygemeldte.

Der er endnu kun få studier, der har beskæftiget sig med, om personalepolitikker, der eksplicit berører emnet, har en effekt på TTA-processen. Ét studie påpeger dog, at personalepolitikker, der indeholder et økonomisk incitament for fastholdelse af medarbejdere med mentale helbredsproblemer, øger medarbejderen og lederens indsats for at fremme tilbagevenden til arbejde (Salkever et al. 2000).

Et dansk studie har undersøgt, hvordan sygemeldte vurderer deres arbejdsgivers indsats for tilbagevenden til arbejde (Høgelund et al. 2008). De sygemeldte havde i dette studie en overvejende meget positiv vurdering af deres arbejdsgivers indsats. Kun 15 % af de sygemeldte erklærede, at arbejdsgiveren forsøgte at presse den sygemeldte til at sige op, og kun godt 10 % pct. af de sygemeldte mente, at arbejdsgiveren forsøgte at presse den sygemeldte til at begynde at arbejde, før han/hun var rask nok. Men 25-30 % mente alligevel, at arbejdsgiveren ikke havde gjort, hvad han/hun kunne, for at få den sygemeldte tilbage til arbejdspladsen.

I danske virksomheder er der generelt stor opmærksomhed på sygefravær. Ifølge en undersøgelse foretaget af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd – har 92 % af de store virksomheder en sygefraværspolitik (Schade-man & Holt 2009). Af konkrete tiltag anvender næsten halvdelen af de 1.945 undersøgte virksomheder tilpasning af arbejdsforholdene, løbende dialog med de sygemeldte, delvis rask- og sygemelding, rådgivning og vejledning samt henvisning til behandling. Store virksomheder anvender gerne flere metoder end mindre virksomheder. Undersøgelsen tyder på, at virksomhederne gør en aktiv indsats for at få sygemeldte medarbejdere tilbage i arbejdet. Det fremgår dog ikke, hvor stor en andel af de langtidssygemeldte, man anvender de nævnte metoder over for, og vi ved ikke, hvordan virksomhederne forholder sig specifikt til de medarbejdere, der er sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Det synes også meget uklart, hvorvidt indsatserne har effekt på sygefraværet på virksomhederne, og det er ikke undersøgt, hvorledes medarbejdernes fastholdelse og helbred bliver påvirket af indsatsen.

Den nærmeste leder

Den sygemeldte medarbejders nærmeste leder er ofte et essentielt led i TTA-processen, da det typisk vil være den nærmeste leder, der har den primære kontakt med den sygemeldte medarbejder. Derudover er den nærmeste leder i samspil med topledelsen, som tidligere nævnt, "gatekeeper" for vigtige beslutninger om arbejdsfastholdelsen. Gard & Larsson (Gard og Larsson 2003) har ved hjælp af kvalitative interviews beskrevet lederes og medarbejderes motivation i arbejdsrehabiliteringsprocessen. Der blev lagt vægt på, at lederen tidligt i forløbet kunne motivere, coache og guide medarbejdere ved fx motivationssamtaler. Med andre ord kunne lederens evne til at skabe rammer for en konstruktiv samtale om tilbagevenden til arbejde have betydning for medarbejderens motivation for tilbagevenden til arbejde.

Den enkelte leders kompetencer til at håndtere og skabe dialog med den sygemeldte om tilbagevenden til arbejde har også stor betydning. Ligeledes kan lederens viden om psykiske lidelser også spille ind på de holdninger og den adfærd, der udvises over for medarbejderen.

I en analyse på baggrund af anekdoter fra arbejdsgivere, ledere og medarbejdere foretaget af Freeman et al. i 2004 (Freeman et al. 2004) blev det påpeget, at ledere har brug for træning i og viden om psykiske lidelser. Ledere er i mange tilfælde rådvilde i forhold til at tackle medarbejdere med mentale helbredsproblematikker, og mere viden kan modvirke stigmatisering og fordomme på

arbejdspladsen. Endnu et problem kan opstå ved især mentale helbredsproblemer, der kan være svære at diagnosticere i primærsektoren, og som følge heraf er sværere at behandle effektivt. Her kan man forestille sig, at en længe-revarende indsats er krævet af lederen, for at medarbejderen kan reintegreres succesfuldt på arbejdspladsen. Dette er dog ikke videnskabeligt underbygget.

Få studier har beskæftiget sig med lederens adfærd over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. I forhold til medarbejdere, der er sygemeldte på grund af andre helbredsproblemer, viste Habeck et al. (1998, I: (Nieuwenhuijsen et al. 2004)) at positiv adfærd hos lederen var associeret med færre sygedage. I et andet studie af Gates (1993, I: (Nieuwenhuijsen et al. 2004)) blev positiv adfærd associeret med bedre jobmuligheder for medarbejdere, der var blevet rehabiliteret på arbejde. Nieuwenhuijsen et al. (2004) har undersøgt, om lederens adfærd kan prædiktere tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. De fandt, at en leder kommunikerede bedre med medarbejderne og oftere konsulterede fagprofessionelle, hvis lederen var ansvarlig for tilbagevenden til arbejde, og hvis sygefraværet havde økonomiske konsekvenser for afdelingen. Dette indikerer, at ledere bidrager mere aktivt til TTA-processen, såfremt disse elementer er til stede (Nieuwenhuijsen et al. 2004).

Et svensk kvalitativt studie af langtidssygemeldte medarbejdere (>8 ugers sygefravær) og deres ledere fra 19 virksomheder (Aas et al. 2008) undersøgte, hvilke ledelseskvaliteter der var mest værdsat af medarbejderne i TTA-processen. De fem mest værdsatte ledelseskvaliteter blandt medarbejderne var evne til at skabe kontakt, være omsorgsfuld, forstående, empatisk og anerkendende. Lederne lagde mest vægt på ansvarlighed og problemløsende kompetencer.

Der er foretaget få undersøgelser af lederes og medarbejderes holdning til ledernes opgaver i forbindelse med tilbagevenden til arbejde. I et svensk kvalitativt studie med fokusgruppeinterviews med 32 ledere (Holmgren & Dahlin 2007) fandt man, at lederne opfattede sig selv som nøglepersoner med hovedansvaret for rehabilitering af sygemeldte medarbejdere og med hovedansvaret for at skabe et godt arbejdsmiljø, der forebygger helbredsproblemer og sygefravær. De oplevede desuden, at rehabilitering var en del af en større helhed, som bliver påvirket af samfundet, krav og ressourcer på arbejdspladsen og af et samspil mellem de involverede parter.

I en undersøgelse af medarbejderes synspunkter på lederens rolle (Shaw et al. 2003) fandt man 11 fælles temaer om ledernes ansvar: at skabe modifikationer af arbejdet efter sygefravær, at kommunikere med medarbejderne, at

tage ansvar for trivsel, at vise empati og støtte, anerkendelse, retfærdighed og respekt, at foretage opfølgning, delegerede beslutninger, foretage koordination med behandlere og opnå støtte fra kolleger til modifikationer. De interpersonelle aspekter i ledelse blev betragtet som lige så vigtige som fysiske arbejdsmodifikationer for at fremme tilbagevenden til arbejde efter sygdom.

Kollegaer

En af de faktorer, der kan have betydning for arbejdsrehabiliteringen efter sygemelding på grund af mentale problemer, er omfanget af støtte fra kollegaer på arbejdspladsen. At have en psykisk lidelse er fortsat forbundet med skyld og skam. Kollegaerne kan være en vigtig base, der kan bevirke, at medarbejderen føler sig tryk og accepteret på trods af sygefravær som følge af mentale problemer. Omvendt kan manglende accept eller negativ adfærd være en hæmmende faktor, der kan gøre det svært for medarbejderen at blive rehabiliteret. Her udøver lederens adfærd og håndtering antageligt en stor indflydelse på kollegaernes holdninger.

Der er kun foretaget ganske få undersøgelser af, hvorledes social støtte fra kolleger fungerer under tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Et svensk studie (Post et al. 2005) tyder på, at kollegastøtte har betydning for tilbagevenden til arbejde. Medarbejdere, der oplevede lav grad af kollegastøtte, vendte senere tilbage til arbejdet efter sygemelding, men det kan dog ikke udelukkes, at der kan være tale om omvendt eller en anden kausal sammenhæng, ved fx at personer med store mentale helbredsproblemer både har vanskeligheder med at opnå kollegastøtte og vender senere tilbage til arbejdet.

Flere undersøgelser har dog vist, at kollegaer har mere negative holdninger over for medarbejdere, der har været sygemeldt på grund af mentale helbredsproblemer end over for medarbejdere, som vender tilbage til arbejde efter sygemelding på grund af Diabetes (Glozier et al. 2006). Tilsvarende viser en dansk undersøgelse (Schademan & Holt 2009), at lønmodtagerne i højere grad er betænkelige ved at få en kollega med en psykisk lidelse (45 % af de adspurgte) end en kollega, der er blind (30 % af de adspurgte).

Svagheden ved disse undersøgelser er dog, at resultaterne stammer fra respondenternes svar på hypotetiske spørgsmål. Derimod er der kun foretaget ganske få studier af, hvorledes de involverede rent faktisk oplever kollegaers tilbagevenden til arbejde. Et af disse studier er et svensk kvalitativt studie af

den faktiske sociale interaktion mellem aktører på arbejdspladser (Tjulin et al. 2009b). Her viser det sig, at det spiller en rolle, hvor i forløbet af sygefraværet eller tilbagevenden til arbejde medarbejderen befinder sig. De vigtigste temaer i relation til tilbagevenden til arbejde var mentale helbredsproblemers "usynlighed" for kollegaerne samt usikkerheden om, hvad man skal gøre og hvornår. Det var en udbredt tendens, at kollegaer forholdt sig positivt umiddelbart ved tilbagevenden, og at de var indstillede på at hjælpe og støtte. Senere kunne nogle blive utålmodige og irriterede og eventuelt afvisende, hvis der ikke skete ændringer. De sociale relationer skifter dermed ofte karakter i forbindelse med faserne i tilbagevenden til arbejde.

Fagforeninger

Potentielt er fagforeninger en vigtig interessant, der kunne støtte sygemeldte medarbejdere i tilbagevenden til arbejde efter sygefravær. Desværre findes der os bekendt ingen forskning i, hvorledes sygemeldte oplever støtte fra fagforeninger, og hvordan en sådan støtte påvirker tilbagevenden til arbejde.

Interaktion mellem interessenter på arbejdspladsen

Ud over holdninger og adfærd hos de enkelte interessenter synes det at være afgørende, hvorledes de forskellige grupper interagerer med hinanden. I et kvalitativt studie af interessenters synspunkter på, hvad der fremmer og hæmmer tilbagevenden til arbejde, viste der sig at være alle typer af forsinkelser i rehabiliteringsforløbet (Friesen et al. 2001). Det gjaldt både, når der skulle sendes information mellem aktørerne, og når der fx skulle planlægges behandling af den sygemeldte.

I forbindelse med langvarigt sygefravær kan det have betydning, hvilken kontakt der er mellem den sygemeldte og arbejdspladsen. En dansk undersøgelse (Høgelund et al. 2008) viste, at 80 % havde været i telefonisk kontakt med arbejdspladsen (ud over kontakten ved selve sygemeldingen). 43 % havde holdt møde, 42 % havde været i kontakt mindst fem gange. De hyppigst forekommende emner ved kontakterne var den sygemeldtes orientering til arbejdsgiver om helbredsproblemerne samt arbejdsgiverens håb om, at den sygemeldte snart bliver rask. I næsten halvdelen af tilfældene drøftede man muligheden for, at den sygemeldte kunne begynde på arbejdet på skånsom-

me vilkår, mens muligheden for omplacering til andet arbejde blev diskuteret væsentligt sjældnere. Kun 11 % angiver, at arbejdsgiveren nævnte afskedigelse som en mulig konsekvens af fortsat sygefravær.

Flere undersøgelser har påpeget, at kvaliteten af den løbende kontakt mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren kan have stor indflydelse på, om den sygemeldte vender tilbage til arbejdspladsen, og hvor gnidningsfri denne tilbagevenden bliver. Der har derfor været stigende fokus på at forbedre den løbende kontakt mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren både fra kommunernes og fra mange arbejdsgivers side (Damgaard & Boll, 2007; Boll & Clausen, 2002). Resultaterne tyder på, at kommunerne især koncentrerer sig om at overholde lovens konkrete mål om sygedagpengeopfølgning (visitation, opfølgningssamtaler), og at de i mindre omfang bruger ressourcer på at forbedre koordineringen.

Betydningen af delvis tilbagevenden til arbejde

Et vigtigt spørgsmål er, om en gradvis tilbagevenden fremmer tilbagevenden til arbejde. Delvis sygemelding kan være en mulighed for, at en medarbejder på en fleksibel måde kan komme tilbage og arbejde på deltid. Sammenlignet med fuldt fravær fra arbejdet antages det, at delvis sygemelding kan have positiv indflydelse på helbredet og forkorte det samlede sygefravær, men den videnskabelige evidens for dette er sparsom.

I en oversigtsartikel i *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* fra 2008 (Kausto et al. 2008) sås det, at delvis sygemelding bliver anvendt i vidt forskelligt omfang i de nordiske lande. I Sverige havde over en tredjedel anvendt delvis sygemelding, mens det kun var en femtedel i Norge og færre i Finland. I Danmark var der en tendens til stigende anvendelse. I begyndelsen af 2006 var 8 % af sygemeldingerne delvise, mens andelen var 19 % blandt sygemeldte med mere end otte ugers sygefravær.

Normalt vil gradvis tilbagevenden være indeholdt i et mere omfattende program med flere komponenter. I undersøgelser af sådanne omfattende programmer vil det ikke være muligt at undersøge effekten af den enkelte komponent, kun den samlede effekt. I et dansk studie af Høgelund i 2009 (Høgelund & Holm 2009) er det undersøgt, om gradvis tilbagevenden til arbejde fremmer og forkorter tiden til fuld tilbagevenden. Ved at kontrollere for de faktorer, der påvirker delvis tilbagevenden til arbejde, har man fundet en

positiv effekt af gradvis tilbagevenden. De, som blev delvist raskmeldt, havde under den delvise raskmelding 50 % større chance for at melde sig fuldt arbejdsdygtige end sygemeldte, som ikke blev delvist raskmeldt.

I Kapitel 2 viste vi, at langvarigt sygefravær har en række negative konsekvenser for de sygemeldte (Sieurin et al. 2009). Af de delvist sygemeldte angav næsten alle (92 %), at den delvise sygemelding havde positive effekter for deres arbejdssituation, også hos dem, som opfattede, at sygefraværet havde negative konsekvenser for arbejdsgiveren og kollegerne. I dette studie er det dog ikke undersøgt, om sammenhængen er modereret af arten af helbredsproblemet, så vi ved ikke, om der er sammenhæng også for medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Udbredelse og betydning af modifikation af arbejdet

En af de væsentlige komponenter i en succesfuld tilbagevenden til arbejde er modifikation af arbejdet, dvs. en tidsbegrænset tilpasning til en nedsat arbejdsevne. At mulighederne for modifikation af arbejdet påvirker tilbagevenden til arbejde, er påvist i en større svensk undersøgelse af medarbejdere med mindst 90 dages sygefravær (Johansson et al. 2006). Det viste sig, at mulighederne for tilpasning af arbejdet til eget helbred forøgede sandsynligheden for både fuld og delvis tilbagevenden til arbejde. Udbredelsen af tilpasning af arbejdet er undersøgt i et dansk studie fra 2006 (Høgelund et al. 2008). Blandt de sygemeldte (fra ni uger til ét år) havde 20 % fået tilbudt et andet job på virksomheden, 22 % havde fået tilbudt nedsat arbejdstid, og for 8 % var der gennemført en særlig indretning eller tilpasning af arbejdspladsen, hvilket er uændret fra 2002. I forlængelse heraf har Høgelund (2008) undersøgt, om tilpasninger forlænger de sygemeldtes efterfølgende beskæftigelse (<http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=4067&Action=1&NewsId=2198&PID=9285>). Der blev fundet, at tilpasninger har en positiv effekt, men at effekten til dels skyldes, at en del af dem, der får tilpasninger, arbejder i fleksjob.

Der er imidlertid modstridende resultater fra studier, der undersøger effekten af modificeret arbejde på varigheden af sygefravær og helbredet. I et studie af sygemeldte med muskel- og skeletbesvær (van Duijn et al. 2005) viste det sig, at modificeret arbejde, hvis det er eneste komponent i TTA-indsatsen, ikke havde nogen effekt på hverken længde af sygefraværet eller forbedring af helbredet. Et andet studie viste derimod, at de, som udførte modificeret ar-

bejde, rapporterede færre tilbagefald sammenlignet med dem, som startede på arbejdet med fuld kapacitet (van Duijn & Burdorf 2008).

Arbejdsmodifikation må nødvendigvis betragtes som en social proces (Gates 2000) snarere end som en mere begrænset fysiskteknisk tilpasning af jobbet. For at få arbejdsmodifikation til at fungere effektivt er det nødvendigt at oplyse kollegerne om, hvad det indebærer at arbejde, når man har et mentalt helbredsproblem, herunder hvordan det kan påvirke gruppens eller teamets samlede arbejde, og hvordan man kan skabe et arbejdsmiljø, hvor medarbejderen med det mentale helbredsproblem og kollegerne kan udveksle deres opfattelser og bekymringer om virkningen af modifikationen på gruppen, og om, hvorledes man kan hjælpe medarbejderen med at imødekomme arbejdskravene.

Fremmende og hæmmende faktorer i det psykiske arbejdsmiljø

Arbejdspladsen er det sted, hvor medarbejderen har sin daglige gang. Arbejdsmiljøet kan også spille en afgørende rolle for, om medarbejderen er i stand til at blive rehabiliteret. Fra gennemgangen i Kapitel 3 blev det vist, at følgende faktorer i det psykiske arbejdsmiljø kan være forbundet med udviklingen af mentale helbredsproblemer: Høje krav og lav kontrol i eget arbejde, interpersonelle konflikter og lav social støtte, ubalance mellem arbejdsindsats og belønning i arbejde, jobusikkerhed og underbeskæftigelse. Et "usundt" psykisk arbejdsmiljø kan medføre psykosociale belastninger og virke hæmmende i TTA-processen. Et sundt psykisk arbejdsmiljø kan omvendt fremme medarbejderens evne til at tackle forhindringer og finde løsninger.

Et andet forhold, der karakteriserer et godt psykisk arbejdsmiljø, er fraværet af mobning og en positiv og støttende arbejdspladskultur. Der er fortsat en del myter om personer med mentale helbredsproblemer, og stigmatisering af medarbejdere med mentale helbredsproblemer forekommer. Såfremt der forekommer stigmatisering, kan man forestille sig, at det er sværere at være åben om mentale problemer og følgevirkninger i form af nedsat funktions-evne. Her kan dialogen om arbejdspladsmodificeringer være svær at tage med lederen, hvilket på den anden side gør det sværere for lederen at hjælpe medarbejderen.

Erfaringer med de hollandske regler

Det er endnu ikke undersøgt i detaljer, hvordan love og regler på arbejdsmarkedet påvirker TTA-processen i Danmark. Det er svært at sammenligne det danske arbejdsmarkedssystem med andre landes, da der er store og vigtige forskelle. Dog kan erfaringer fra andre lande være brugbare til at belyse, hvilke faktorer i arbejdsmarkedssystemet der kan være hæmmende og fremmende for tilbagevenden til arbejde. I Holland er der indført regler, der fordrer samarbejde mellem medarbejder og arbejdsgiver om tilbagevenden til arbejde ved sygemeldinger. Der er i tilknytning hertil indført særlige regler, der gælder tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer (Anema et al. 2006). Ifølge disse regler er arbejdsgiveren forpligtet til at foretage arbejdsmodificeringer, der er fremmende for en tilbagevenden til arbejde. Implementeringen af disse guidelines har medført en påvist reduktion af mindre mentale helbredsproblemer og korttidssygefravær.

I Holland har man endvidere udarbejdet TTA-interventioner skræddersyet til sygemeldte med mentale helbredsproblemer (van Oostrom et al. 2007, 2008, 2009). I den forbindelse er der udviklet strukturerede fremgangsmåder til arbejdsgivere, der skal sikre en konstruktiv TTA-proces. Her lægges der vægt på, at arbejdsgiver og medarbejder i fællesskab finder hindringer og løsninger til tilbagevenden til arbejde, hvilket ofte indebærer arbejdspladsmodifikationer. Der lægges desuden vægt på, at det er samarbejdet mellem arbejdsgiver og medarbejder, der i sidste ende er afgørende for, at medarbejderen kan vende tilbage til arbejdspladsen. En TTA-koordinator guider processen i en sådan samtale, og således sikres en konstruktiv dialog. Resultater om betydningen af denne intervention på sygefraværet er omtalt i det foregående Kapitel 5. Der foreligger resultater om de fremmende og hæmmende faktorer, der er identificeret som følge af denne proces. Nogle af de forhindringer, der blev identificeret, var den måde, medarbejderen blev nødsaget til at udføre jobbet på, kommunikationen, den mentale arbejdsbyrde og personrelaterede stressfaktorer. Der blev også fundet frem til forskellige løsninger. Her blev nævnt jobdesign, kommunikation og færdighedstræning. I studiet viste det sig, at 72 % af løsningerne faktisk blev realiseret. Derudover viste studiet, at både medarbejdere, arbejdsgivere og arbejdsmedicinere var tilfredse med interventionen. Om end sådanne resultater ikke uden videre kan overføres til danske forhold, er der noget, der tyder på, at indsatser, hvor arbejdsgiveren tager initiativer til at fremme tilbagevenden til arbejde, kan fremme tilbagevenden til arbejde.

Opsamling

I Danmark arbejder sundhedssystemet, arbejdsmarkedssystemet og det sociale system ikke nødvendigvis sammen i forbindelse med ansattes længe-revarende helbredsproblemer og sygefravær. Arbejdslivet har indtil for nylig ikke været opfattet som en nødvendig del af helbredelsesprocessen, og i mange år har man betragtet det som nødvendigt at blive i "sygesengen" for at komme sig over mentale helbredsproblemer. I de senere år er denne formodning blevet udfordret, idet medarbejdere med mentale helbredsproblemer har vist sig at kunne vende tilbage til arbejde uden at være fuldstændig "raske".

Forskningen inden for dette område er fortsat sparsom, men erfaringerne fra Holland peger på, at arbejdspladsen har en stor indflydelse på TTA-proces-sen. I Holland betragtes både arbejdslivet og privatlivet som en vigtig del af helbredelsesprocessen, hvorfor arbejdsgiveren er pålagt at fremme en TTA-proces ved bl.a. at foretage arbejdsmodificeringer. I Danmark er arbejdsgiveren pålagt at fastholde kontakten til medarbejderen ved en sygemelding. På den anden side er det frivilligt, om arbejdsgiveren vil foretage arbejdsmodificeringer, og hermed bliver arbejdsgiverens incitament for at fremme tilbagevenden til arbejde en vigtig brik, hvis medarbejdere med mentale helbredsproblematikker skal vende succesfuldt tilbage på arbejde.

Arbejdsgivere kan anvende flere forskellige strategier til at fremme sygemeldte medarbejders tilbagevenden til arbejde, men der er endnu begrænset viden om, hvorledes disse forskellige arbejdspladsbaserede interventioner faktisk bliver implementeret på arbejdspladsen. Selv de steder, hvor man har en egentlig strategi for tilbagevenden, kan der være forhold, der utilsigtet påvirker implementeringen. I et svensk studie af tilbagevenden til arbejde på en svensk offentlig arbejdsplads (Tjulin et al. 2009a), hvor man anvendte flere anbefalede interventioner (professionel arbejdsplads- og helbreds-vurdering, case management, uddannelse af kollegiale støttegrupper og arbejds-træning), viste der sig at være barrierer for implementeringen, som hang sammen med forskellige opfattelser af, hvordan man skulle arbejde med tilbagevenden til arbejde. Fx arbejdede nogle faggrupper med et medicinsk individuelt perspektiv, mens programmet som helhed var baseret på et mere holistisk, biopsykosocialt perspektiv.

Tabel 6.2. Potentielt hæmmende og fremmende faktorer for tilbagevenden til arbejde inden for arbejdsmarkedssystemet

Hæmmende faktorer	Fremmende faktorer
Flexicurity: • Let og billigt at afskedige medarbejdere ved sygdom frem for fastholdelse	Flexicurity: • Arbejdsgivere ikke så betænkelige ved at ansætte medarbejdere med mentale helbredsproblemer
Arbejdsgiver som gatekeeper: • Virksomhedens strukturelle forhold: lille virksomhed, sårbar økonomi, let at udskifte arbejdsindhold og arbejdskraft med nye medarbejdere	Arbejdsgiver som gatekeeper: • Strukturelle forhold i virksomheden: stor virksomhed, præget af fleksibilitet og god økonomi
Lovgivning, regler • Arbejdsgiver har ikke ret til kendskab til medarbejders diagnose eller specifikke helbredsproblem, hvilket kan gøre det svært at samarbejde om tilbagevenden til arbejde og lave arbejdsmodifikationer • Mulighedserklæring finansieres af arbejdsgiver (lav motivation) • Arbejdsgiver ikke forpligtet til arbejdsmodifikationer	Lovgivning, regler • Arbejdsgiver samarbejder med medarbejder om tilbagevenden til arbejde i et tidligt stadium • Mulighedserklæring, redskab til samarbejde om arbejdsmodificering
Interessenter: Topledelse: • Manglende stillingtagen til sygemeldte med mentale helbredsproblemer	Interessenter: Topledelse: • Personalepolitik, værdier/holdninger, udvikling af procedurer til sygemeldte med mentale helbredsproblematikker
Nærmeste leder: • Manglende kompetence til at skabe rammer for konstruktiv dialog • Manglende støtte til tilbagevenden til arbejde • Fordomme vedr. sygdomme • Manglende viden om psykisk sygdomme • Konflikter med medarbejder	Nærmeste leder: • Kompetencer: Gode evner til at samarbejde og skabe rammer for en konstruktiv dialog • Viden om mentale helbredsproblemer • Leder udpeget som ansvarlig for TTA-proces • sygefravær har økonomiske konsekvenser for afdeling
Kollegaer • Manglende social støtte	Kollegaer • Social støtte • Mentorordninger
Interaktion mellem interessenter på arbejdspladsen	Interaktion mellem interessenter på arbejdspladsen • Kontakt under sygefravær
Psyisk arbejdsmiljø • De syv guldgruber: høje krav og lav kontrol i eget arbejde, interpersonelle konflikter og lav social støtte, ubalance mellem arbejdsindsats og belønning i arbejde, job-usikkerhed og underbeskæftigelse (Kap. 3) • Arbejdskultur: mobning, stigmatisering, konflikter	Muligheder for modifikation af arbejdsforhold Gradvis tilbagevenden til arbejde Psyisk arbejdsmiljø • De syv guldgruber: høj kontrol i eget arbejde, fravær af konflikter, social støtte, balance mellem arbejdsindsats og belønning, jobsikkerhed og passende beskæftigelse (Kap. 3) • Arbejdspladskultur: fravær af mobning, stigmatisering og konflikter
	Erfaringer fra Holland • Regler der forpligter arbejdsgiveren i TTA-processen, herunder arbejdspladsmodifikationer

6.5. Fremmende og hæmmende faktorer i sundhedssystemet

Ansatte i sundhedssystemet har til opgave at behandle og rådgive personen/patienten med et helbredsproblem. I behandlings- og genoptræningsforløbet kan sundhedspersonalet komme i konflikt med arbejdspladsens, og eventuelt den sygemeldtes, interesse i en hurtig tilbagevenden til arbejde.

Det første sundhedspersonale, en sygemeldt kommer i kontakt med, er ofte den alment praktiserende læge, som først og fremmest har fokus på helbredsproblemet, og som kun har begrænset viden om den sygemeldtes konkrete arbejdsforhold. Dette er med til at vanskeliggøre lægens indsigt i den sygemeldtes arbejdsevne og mulighed for at vende helt eller delvist tilbage til arbejde.

Afhængigt af helbredsproblemets sværhedsgrad kan personen konsultere specialister, fx arbejdsmedicinere, som har speciel kompetence i arbejdsrelaterede helbredsproblemer, og som derved har bedre muligheder for at vurdere den sygemeldtes arbejdsevner og muligheder for tilbagevenden til arbejde.

Ud over opgaverne med at yde behandling kan sundhedspersonalet af fx det kommunale jobcenter eller andre myndigheder blive anmodet om at komme med udtalelser om den sygemeldtes arbejdsevne og muligheder for at vende tilbage til arbejde. Således anvendes sundhedspersonalets udtalelser som en del af grundlaget for det sociale systems afgørelse om, hvorledes den sygemeldte fortsat har ret til at modtage sygedagpenge, eller hvorvidt han/hun kan tilkendes førtidspension.

Inden for sundhedssystemet findes tillige regler for behandling og dækning af udgifter til behandling. For de fleste somatiske sygdomme er der fuld dækning af behandlingsudgifter, dog er der delvis egenbetaling af udgifter til medicin. For behandling af mentale helbredsproblemer er der kun begrænset offentlig dækning. Behandling på hospitalsafdelinger og hos praktiserende psykiatere bliver fuldt ud dækket med undtagelse af udgifterne til selve medicinen, hvor der er delvis egenbetaling. For så vidt angår psykologbehandling er der delvis tilskud til et antal behandlinger og til visse lidelser, og dette kun for personer under 38 år og derudover egenbetaling.

I 1998 og 2000 blev der foretaget en nordisk registrering af mentale helbredsproblemer i almen praksis, hvor 184 danske praktiserende læger begge gange deltog (<http://www.dsam.dk/files/6/patientforloeb.pdf>). Kun førstegangshenvendelser registreredes, defineret som patienter, der ikke havde henvendt sig inden for de sidste seks måneder med det samme mentale helbredsproblem.

På basis af resultaterne fra denne undersøgelse kan man gå ud fra, at mindst en halv million mennesker hvert år henvender sig til den praktiserende læge med mentale helbredsproblemer. Trods undersøgelsens usikkerheder må det antages, at dette tal er en undervurdering af det faktiske antal personer med mentale helbredsproblemer i Danmark, idet der ikke var tale om klare diagnostiske kriterier. Sammenholder man dette tal med en undersøgelse udgivet af Dansk Psykiatrisk Selskab fra 2001, viser det sig, at der er et stort antal patienter med mentale helbredsproblemer af ikke-psykotisk karakter, som ikke får behandling. Af de 500.000, der henvendte sig til deres læge, blev 40.000 behandlet af praktiserende psykiatere, 35.000 på de psykiatriske afdelinger og 375.000 hos de praktiserende læger. Hertil kommer de anslået 300.000, som ikke henvender sig til deres egen læge med mentale helbredsproblemer, og som altså ikke modtager nogen behandling. Det er altså langt de fleste, der modtager behandling af deres egen læge. (http://www.dpsnet.dk/fileadmin/webfiler/PDF/Rapporter/ikkepsykose_010102.pdf).

Der kan kun uddrages fortolkninger med usikkerheder af disse tal: 1) Godt halvdelen af personer i Danmark har mulighed for et eller andet behandlings-tilbud, 2) Vi ved ikke, hvor stor andel af personer med behandlingsbehov der får behandlingstilbud, da en del af dem, der ikke henvender sig, måske har så lette mentale helbredsproblemer, at de ikke har et behandlingsbehov, 3) Vi har ikke sikker viden om, hvorvidt behandlingstilbuddene er passende, idet vi har begrænsede informationer om, hvilke behandlinger den halvdel, som behandles af egen læge, får, men 4) kun en meget lille andel (under 10 %) modtager psykoterapeutisk behandling, som der er evidens for er en effektiv behandlingsmetode enten alene eller i kombination med medikamentel behandling.

Behandling

Egen praktiserende læge

Det er oftest den praktiserende læge, der forestår evt. medicinsk behandling af mentale helbredsproblemer. Den praktiserende læge har endvidere mulighed for at udskrive en recept på tilskud til psykologbehandling ved fx depression. Der ydes tilskud til maksimalt 12 psykologsamtaler. Depressive kan imidlertid efter aftale med deres læge opnå 2 x 12 samtaler. Denne ordning trådte i kraft i marts 2008. Den praktiserende læge kan desuden henvise til speciallæger i psykiatri eller arbejdsmedicin. Ordningen med henvisning til psykologbehandling har vist sig nærmest at eksplodere efter indførelsen. Det

var anslået, at ca. 4.000 personer hvert år ville blive henvist, men den seneste opgørelse fra Danske Regioner har vist, at 15.697 patienter blev henvist for depression i perioden 1/8 2008-31/7 2009 (note Dagens Medicin, 4/12 2009).

Ifølge en undersøgelse fra SFI (Høgelund et al. 2008) er der sket en mindre stigning fra 2002 til 2006 i andelen af sygemeldte, der har brugt egen læge under sygemeldingen. Egen læge er langt den hyppigst benyttede del af sundhedssystemet blandt de sygemeldte, og brugen af egen læge er steget en smule. Det er oftest den sygemeldte selv, der tager initiativ til at kontakte egen læge. Egen læge spiller desuden en betydelig rolle i at få de sygemeldte til anden behandling.

Lægernes behov for efteruddannelse

I Kapitel 1 så vi nærmere på prævalensen af mentale helbredsproblemer og det deraf afledte behov for behandling. Der er evidens for, at en kombination af medicinsk og psykologisk behandling giver det bedste resultat i tilfælde af svær depression, mens mildere tilfælde kan nøjes med én af de to behandlingsformer. Det viste sig endvidere i Kapitel 1, at mange ikke får en tilfredsstillende behandling. Det vil altså sige, at skønt der forekommer en omfattende henvisning af patienter til psykologbehandling, er det ofte tilfældet, at de, der virkelig har behov for behandling, ikke får den. Det skaber naturligvis dårlige odds for tilbagevenden til arbejdet for personer med mentale helbredsproblemer. I Dagens Medicin ("Er de praktiserende læger gode til at opspore psykisk sygdom" 11-11-2009) udtaler Roar Maagaard, formand for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), at der er rum for forbedringer, når det gælder de praktiserende lægers evne til at opspore psykiske lidelser hos deres patienter. Samtidig efterlyser han et bedre samarbejde mellem de praktiserende læger, de psykiatriske afdelinger, distriktpsykiatrien og de praktiserende speciallæger, da behandlingsbehovet ofte overstiger de rammer, den praktiserende læge har mulighed for at tilbyde.

Der er mulighed for at efteruddanne sig som alment praktiserende læge i kognitiv terapi, men trods tilskudsordninger er det langt fra alle praktiserende læger, der gør det. Lægeforeningen har i 2006 foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt sine medlemmer for at afdække, hvor meget læger efteruddanner sig, hvem der afholder kurserne, og hvordan de bliver finansieret (http://www.laeger.dk/portal/page/portal/laegerdk/laeger_dk/uddannelse/efteruddannelse/Efteruddannelsesenquete%20februar%202006%20-%20endelig%20udgave%20%5BD.pdf). Her viste det sig, at overlæger og praktiserende læger deltager i gennemsnit i 12 dages efteruddannelse årligt. Det er Praktiseren-

de Lægers Organisations (PLO)'s målsætning, at en praktiserende læge skal kunne dokumentere mindst 200 timers efteruddannelse over fire år. Lægeforeningen har for nylig gjort det muligt at registrere efteruddannelse på nettet, så den enkelte læge kan sammenligne sin uddannelsesindsats med andre lægers. I en rapport, udarbejdet af Dansk Psykiatrisk Selskab og DSAM fra 2005, slås det fast, at videreuddannelsen i psykiatri for de alment praktiserende læger er ustruktureret og mangelfuld. Der arbejdes på et akkrediteringssystem, der skal sikre kvaliteten af de forskellige kursustilbud (<http://www.dsam.dk/files/6/patientforloeb.pdf>). Det vil altså sige, at den praktiserende læge ofte ikke er godt nok klædt på til at diagnosticere og behandle patienter med mentale helbredsproblemer, hvilket kan skabe problemer for en hurtig og effektiv tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Dansk Psykiatrisk Selskab og DSAM anbefaler en "shared care model", hvor de praktiserende læger i højere grad kan konsultere psykiatere, dels ved udbygning af den eksisterende praksiskon-sulentfunktion, dels ved ugentlig telefon-tid og speciallægekonsultation i den praktiserende læges praksis etc. (<http://www.dsam.dk/files/6/patientforloeb.pdf>).

Samarbejde mellem praktiserende læger og øvrige lægelige instanser

Skønt der synes at være enighed om, at et bedre og tættere samarbejde mellem de praktiserende læger og psykiatere ville kunne forbedre patientforløbet væsentligt, er der store problemer med samarbejdet mellem de forskellige instanser. Ugeskrift for Læger rapporterer således om udbredt utilfredshed blandt de praktiserende læger over samarbejdet med psykiatrien (Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter DSAM 2005). Dette skyldes en opfattelse af, at psykiatrien ikke er interesseret i ikke-psykotiske patienter og ikke interesseret i patienter med lettere til moderate mentale problemer. Det nævnes også som et problem, at psykiatriske speciallæger er svære at få fat i. Begge parter er således enige om, at der er for få ressourcer til de ikke-psykotiske patienter med moderate til svære symptomer.

At der kan være problemer i samarbejdet mellem praktiserende læger og speciallæger bekræftes af udenlandske undersøgelser. I en hollandsk undersøgelse af 555 medarbejdere, der havde været sygemeldt på grund af mentale helbredsproblemer i 12-20 uger (Anema et al. 2006), havde de fleste inden for et år søgt både praktiserende læge og bedriftslægen. Ifølge de sygemeldte havde behandlingen hos den praktiserende læge altovervejende været medicinsk behandling. Arbejdsbetingelser blev ikke diskuteret med den praktiserende læge, og arbejdsrelaterede interventioner blev aldrig anvendt. På den

anden side var de interventioner, der blev anvendt af bedriftslægen, oftest arbejdsrelaterede. Der var kontakt mellem den praktiserende læge og arbejdsmedicineren i kun 8 % af tilfældene. Der var i ringe grad enighed om diagnosen, hovedårsag til sygefraværet og hindringer for tilbagevenden til arbejde. I øvrigt var der heller ikke overensstemmelse mellem den praktiserende læges og arbejdsmedicinerens diagnose og personernes egne oplysninger i et spørgeskema om deres mentale helbred.

Ventetider

Som udgangspunkt er der ikke ventetid på behandling af mentale helbredsproblemer i Danmark i den forstand, at alle borgere kan henvende sig i landets psykiatriske skadestuer ved behov for akut hjælp. Vurderes det, at patienten er til fare for sig selv, vil vedkommende blive tilbudt at blive indlagt på psykiatrisk afdeling. Ved meget svære tilfælde vil patienten indgå under distriktpsychiatrien, der tager sig af de psykisk syge, der er i stand til at klare sig i eget hjem, men som stadig er hårdt ramt af deres mentale helbredsproblemer. Det er dog en lille del af patienterne, der henvises til distriktpsychiatrien, og langt de fleste kan nøjes med den behandling, de kan få gennem deres egen læge, nemlig i form af medicin og/eller henvisning til en psykolog. Der er flere forskellige typer af medicin på markedet, men da det tager op til otte uger, før effekten af medicinen mærkes, kan det tage ganske lang tid, før en tilfredsstillende medicinsk behandling kan opnås, ikke mindst hvis den først valgte medicin ikke virker (<http://www.laegehaandbogen.dk/default.aspx?document=3118>). I de tilfælde, hvor psykologsamtaler indgår i behandlingen, vil patientens helbredelse blive forsinket af ventetider. Ventetiden på psykologsamtaler kan være op til tre måneder. Ventetiden på behandling hos en privatpraktiserende psykiater kan være op til seks måneder. I de tilfælde, hvor patienten har behov for en psykiater, men ikke er syg nok til at komme under distriktpsychiatrien, kan en tilbagevenden til arbejde altså blive voldsomt forsinket af ventetider.

Ifølge SFI-undersøgelsen fra 2006 (Høgelund et al. 2008) var det almindeligt, at de sygemeldte måtte vente maksimalt en måned på undersøgelse eller behandling hos speciallæge. Der var desuden sket en stigning i ventetiderne fra 2002 til 2006. Blandt personer med langvarigt sygefravær udgør ventetiderne dog kun omkring 10 % af den samlede varighed af sygefraværet, mens der for de korte sygeperioder er tale om omtrent en tredjedel af sygefraværperioden.

Sygemeldtes oplevelse af støtte til tilbagevenden til arbejde

Selvom det formentlig spiller en betydelig rolle for en varig tilbagevenden til arbejde, at den sygemeldte oplever støtte og kvalitet i kontakten med sundhedssystemet, er der kun forsket i beskedent omfang heri. I et svensk kvalitativt studie af personer med langvarigt sygefravær var resultatet, at de sygemeldte selv havde den oplevelse, at en positiv kontakt med sundhedssystemet kan fremme tilbagevenden til arbejde (Mussener et al. 2008b). De sygemeldte angav, at det var vigtigt for dem, at de blev behandlet med respekt, at de følte sig støttet, at der var tale om en personlig relation, at de oplevede kravene som velfabancerede, og at de selv kunne deltage i beslutninger om rehabiliterende interventioner.

Lægeerklæringer i forbindelse med sygemelding

Egen praktiserende læge

Det er den praktiserende læge, der skriver en lægeerklæring ved sygemelding. Her anslås det, hvor længe patienten skal være sygemeldt fra arbejde. I et tidligt review af 26 studier af sygeerklæringspraksis, som har betydning for sygemeldinger og tildelinger af førtidspension, fremgik det, at der oftest var fokus på lægens situation, eller på både læge og klienten, men aldrig på interaktionen mellem lægen og klienten (Soderberg & Alexanderson 2003). Undersøgelserne handlede om, hvorledes lægerne udarbejder erklæringer, hvilke faktorer der påvirker erklæringsforløbet (klienten, lægen og begrænsninger i lovgivningen, og lægernes holdninger). Der var ingen undersøgelser af, hvorledes lægernes arbejdsforhold påvirkede forløbet.

I en senere undersøgelse af 2.449 lægeerklæringer for sygemeldte med mere end 28 dages sygefravær viste det sig, at 21 % var uklare angående diagnose, og 30 % indeholdt uklare informationer om arbejdsevne, hvilket begrænser deres anvendelse som grundlag for afgørelser om sygedagpenge og initiativer i forbindelse med tilbagevenden til arbejde (Soderberg & Alexanderson 2005b). Mange praktiserende læger føler, at det er problematisk at skrive erklæringer i forbindelse med sygemeldinger, og at der ofte opstår konflikter med patienten over nødvendigheden eller varigheden af en sygemelding, vurderingen af patientens arbejdsevne og nogle gange også forlængelse af en sygemelding, der oprindeligt er udstedt af en anden læge (Lofgren et al. 2007). Et andet studie af 673 praktiserende læger viste, at flertallet oplevede

problemer med erklæringer i forbindelse med sygemeldinger, som bestod i vanskeligheder med at vurdere arbejdsevne, at håndtere situationer, hvor der var forskel mellem lægens og patientens synspunkter angående nødvendigheden af sygemelding, at forlænge sygemeldingserklæring, når en anden læge havde givet den oprindelige erklæring, og at forlænge erklæringer i tilfælde af ventetider (Arrelov et al. 2007).

Nogle af lægerne oplever, at problemerne hænger sammen med sygedagpengesystemet, med organiseringen af sundhedssystemet eller andre aktører. Mange af lægerne angiver, at de er trætte af og mangler stolthed over deres arbejde med erklæringer, idet de oplever, at erklæringerne bidrager til unødvendigt langt sygefravær og medikalisering af klienternes "ikke-medicinske problemer" (von Knorring et al. 2008).

Blandt læger er der ikke klarhed over eller enighed om deres egen rolle i forbindelse med afgivelse af lægeerklæringer i forbindelse med sygemeldinger (Swartling et al. 2007a). I dette studie fandt man store forskelle i lægers syn på lægeerklæringer. Alle var klar over den mulige konflikt mellem det sociale system/arbejdsmarkedssystemet og den sygemeldte. Nogle læger påtog sig ansvaret for, at klienterne kunne bevare deres løn eller sygedagpenge, og havde det ikke godt med konflikten, mens andre havde en mere passiv/neutral holdning til denne konflikt.

I et studie fra 2008 er der blevet identificeret en række barrierer, som læger oplever, der eksisterer for at udarbejde gode lægeerklæringer (Swartling et al. 2008). Der blev oplevet barrierer inden for sundhedssystemet i form af bl.a.: forskellige holdninger til sygemeldinger og sociale ydelser, arbejdsmarkedssystemet, klientens sociale problemer og samarbejdet med det sociale system og arbejdsmarkedssystemet.

Disse konflikter og barrierer bliver oplevet som arbejdsmiljøproblemer i lægernes eget arbejde (Swartling et al. 2007b). 10 % af en sample på omtrent 4.000 læger oplevede trusler fra klienter ved uenighed, og en stor andel oplevede samarbejdsproblemer med andre læger i forbindelse med erklæringer. Hvis arbejdspladserne havde en klar sygefraværspolitik, oplevede lægerne færre problemer i arbejdet med erklæringer. I et andet studie af lægers synspunkter på at udarbejde erklæringer fandt de, at det var en vanskelig opgave at udarbejde erklæringer, at der var frustrationer over ændringer i sygdomsbegreber, problemer med at vurdere arbejdsevnen, mangel på tid og problemer med at kombinere de to roller at være klienternes advokat og at være en medicinsk ekspert (Gerner & Alexanderson 2009).

Et andet studie af 673 praktiserende læger viste, at flertallet oplevede problemer med erklæringer i forbindelse med sygemeldinger, som bestod i vanskeligheder med at vurdere arbejdsevne, at håndtere situationer, hvor der var forskel mellem lægens og klientens synspunkter angående nødvendigheden af sygemelding, at forlænge sygemeldingserklæring, når en anden læge havde givet den oprindelige erklæring. Og at forlænge erklæringer i tilfælde af ventetider (Arrelov et al. 2007).

Også enkelte studier undersøger sygemeldtes oplevelse af problemer med lægeerklæringer. Et enkelt studie viste, at de sygemeldte sjældent søgte læge for at få en lægeerklæring. Der var oftere tale om et ønske om at kunne stille spørgsmål om helbredsproblemerne. De sygemeldte lagde vægt på at få et godt forhold til lægen, tid til at diskutere sygdommen, den sociale situation og arbejdsrelaterede spørgsmål, når de kom for at få en erklæring. Mange klienter følte, at lægen ikke havde tid nok og viden nok om klienten til at kunne behandle emnet på en passende måde, men de oplevede, at diskussioner om tilbagevenden til arbejde eller ville være relevante (O'Brien et al. 2008).

Den nævnte konflikt om erklæringer om sygemeldinger opleves også af nogle patienter, der føler sig mødt med mistro og disrespekt, når de ønsker at sygemelde sig (Upmark 2010). Når den praktiserende læge i Sverige skal vurdere patientens arbejdsevne i forbindelse med sygeerklæringen, kan den enkelte læges indstilling til sygemelding spille en rolle. Patienten kan her opleve at blive presset tilbage i arbejde, selvom vedkommende ikke føler sig klar. Omvendt kan den praktiserende læge også risikere at fastholde patienten i en sygemelding, selvom det ikke længere er nødvendigt. Dette har betydning for patientens forhold til sit arbejde og muligvis også for patientens helbredelse, idet langvarig sygemelding kan være for sundhedsskadeligt.

Lægekonsulenter i kommunen

Kommunerne har egne lægekonsulenter, som har den endelige myndighed til at afgøre sager om fx førtidspension og fleksjob. Det er også lægekonsulentens opgave at udrede eventuelle uoverensstemmelser mellem forskellige lægeerklæringer fra praktiserende læger.

1. januar 2003 trådte en ny pensionslovgivning i kraft, hvilket betød en ny fordeling af opgaver til lægekonsulenterne. Det er sagsbehandleren i kommunen, der kan beslutte at tilkalde lægekonsulenten, hvis der er behov for en lægefaglig vurdering. Det sker ofte i socialsager og sager, hvor der er behov for en psykisk diagnose. Lægekonsulenten arbejder oftest kun sammen med

sagsbehandleren, og kun i sjældne tilfælde med fx jobkonsulenten. Uanset hvilken forsørgelsesydelse, der er tale om, inddrager sagsbehandleren som regel lægekonsulenten i de tilfælde, hvor der er usikkerhed om sygdommens varighed, om diagnosen eller lægelige udtalelser fra fx praktiserende læge. Lægekonsulenten inddrages også i tilfælde af alvorlige helbredsproblemer, der kan betyde en nedsat arbejdsevne. Lægekonsulenten tilkaldes således, hvor der er problemer med at vurdere borgerens arbejdsevne, eller hvor der er tale om borgere med længerevarende sygdom eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

I halvdelen af kommunerne er samarbejdet med de praktiserende læger/speciallæger også en af lægekonsulentens arbejdsopgaver. Andre opgaver for lægekonsulenten kan være at indgå i dialog med borgeren og medvirke til, at borgeren og dennes arbejdsplads finder løsninger, der kan fastholde borgeren i arbejdet. Både hvad angår sager om sygedagpenge, kontanthjælp, revalidering, fleksjob og førtidspension er det omkring 15 % af kommunerne, der anvender lægekonsulenten til at indgå i en dialog med borgeren. Typisk fungerer sagsbehandleren dog som bindeled mellem borgeren og lægekonsulenten, idet den lægefaglige vurdering anses for at være lægekonsulentens primære opgave. Derfor indgår lægekonsulenten også kun sjældent i opfølgningen på sager, hvor borgere er visiteret til eller i fleksjob. 16 % af kommunerne anvendte lægekonsulenten til at føre dialog med borgeren og dennes arbejdsplads i 2006, hvilket er en reduktion fra 28 % i 2002 (Høgelund 2008).

Kommunerne er blevet spurgt, om der er barrierer for anvendelsen af lægekonsulenterne. Kun 14 % af kommunerne har svaret ja til det spørgsmål. Som betydningsfulde barrierer nævnes dårlig kommunikation mellem lægekonsulenten og de praktiserende læger/speciallæger, dårlig dialog mellem lægekonsulenten og hospitaler, et utilstrækkeligt kendskab til arbejdsmarkedet fra lægekonsulentens side, og forskellige uhensigtsmæssige forhold ved lægekonsulentens arbejdsforhold (tidsmangel, retningslinjer, arbejdsgange). På særligt to områder var lægekonsulenterne ikke klædt godt nok på: viden om arbejdsmarkedsvilkår samt et mere dybtgående kendskab til psykiske lidelser, som udgør en stadig større del af sygemeldingerne.

Lægekonsulenternes rolle er genstand for vedvarende debat. I marts 2003, altså få måneder efter den nye pensionslov var trådt i kraft, indskærpede Socialministeriet retningslinjerne for brug af lægekonsulenter over for kommunerne. Her hed det bl.a.:

1. Lægekonsulenten må ikke træffe afgørelse om førtidspension og må ikke udtale sig om, hvorvidt borgerne samlet set opfylder betingelserne for førtidspension eller andre sociale ydelser.
2. Når der indhentes oplysninger fra praktiserende læge eller speciallæger, må lægeerklæringerne ud over en beskrivelse af ansøgerens helbredsmaessige forhold ikke indeholde synspunkter eller konklusioner om patientens ret til sociale ydelser.
3. Præmisserne for afgørelsen skal fremgå klart og tydeligt af sagen, herunder hvilken betydning helbredsoplysningerne som et delelement i sagen har haft for den samlede vurdering af arbejdsevnen (http://webarkiv.ft.dk/Samling/20031/spor_sv/S582.htm).
4. Lægekonsulenten er en administrativ medarbejder ansat i kommunen, som har til opgave at bistå myndigheden med at klarlægge indholdet af andre lægers udtalelser.
5. Det er vigtigt at pointere, at læger ikke har det fornødne socialfaglige kendskab til arbejdsmarkedet og støttemuligheder efter den sociale lovgivning m.v. til at vurdere, om en borger har ret til førtidspension.

Det centrale i debatten synes derfor at være, at lægekonsulenterne i nogle tilfælde synes at få større indflydelse på kommunens tildeling af sociale ydelser, end det er hensigten i lovgivningen. Den praktiserende læge synes i denne sammenhæng nogle gange at komme til at stå i en rolle som patientens "beskytter" (UFL, artikel 1 og 2).

Brugen af lægekonsulenter har således rejst en frygt for borgernes retssikkerhed, idet lægekonsulenten ikke må visitere borgeren, men kun skal fungere som "oversætter" mellem læge og sagsbehandler (UFL 2004). Det har dog også været påpeget, at lægekonsulenten ikke har nogen formelle beføjelser i tildelingen af sociale ydelser (UFL, Jens Røhling Bang, 2004). (http://www.retspolitik.dk/wp-content/uploads/2009/01/lc3a6gekonsulenterrollekonference-2009_18_marts.pdf).

Tabel 6.3. Potentielt hæmmende og fremmende faktorer for tilbagevenden til arbejde i sundhedssystemet

Hæmmende faktorer	Fremmende faktorer
Da den lægelige vurdering er central i et TTA-forløb, kommer den enkelte læges indstilling til sygemelding ofte til at spille en rolle. Læger bliver nogle gange indblandet i afgørelser om tildelingen af sociale ydelser – et område, hvor lægen ikke har kompetence. Det kan være vanskeligt for den praktiserende læge at opspore mentale helbredsproblemer, medmindre den syge selv omtaler det. Ressourcesvage personer, der har passeret de 37 år, og som dermed ikke kan få tilskud til psykologbehandling, og som samtidig ikke er syge nok til at komme under distriktspsykiatrien, risikerer at blive tabt på gulvet.	Lægen kan sikre en god og effektiv behandling, og gennem støtte og vejledning sørge for, at patienten føler sig tryk ved at skulle tilbage til arbejdet. Lægen kan sikre, at patienten ikke tvinges ud i tilbagevenden til arbejde, før vedkommende er rask nok til det. Lægers generelle støtte til tilbagevenden til arbejde
Mangler i lægeerklæringer angående diagnoser og vurdering af arbejdsevne. Dårlig kommunikation mellem de forskellige afdelinger i sundhedsvæsenet betyder, at det kan være besværligt og tidskrævende at få en patient videre i systemet. Ventetider til psykologsamtaler og behandling hos psykiater kan forlænge sygeperioden betragteligt.	

6.6. Fremmende og hæmmende faktorer i det sociale system

Sagsbehandleren i det kommunale jobcenter træffer bl.a. afgørelse om sygedagpenge. Derudover har sagsbehandleren ansvar for at vurdere behovet for en særlig indsats for at få den sygemeldte tilbage i arbejde, herunder at der sker koordinering, hvis der gennemføres flere indsatser. Sagsbehandleren kan indhente udtalelser fra læger til brug ved afgørelser om fx sygedagpenge. Sagsbehandleren er således den primære "gatekeeper" for tildeling af kompensationsydelser.

Aktørerne i det sociale sikringssystem har mange forskellige interesser at varetage. Nogle aktører skal forfølge interesser, der består i at sikre sygemeldte en sikker tilbagevenden til arbejde og/eller en compensation under fortsat sygemelding. Andre aktører skal forfølge en økonomisk interesse i at minimere omkostningerne ved fortsat sygemelding eller førtidspensionering.

Den relative vægt af de forskellige interesser er forskellig fra land til land. I nogle lande kan interessen i at sikre en sikker og sund tilbagevenden til arbejde have den største vægt og påvirke sagsbehandlerens rådgivning og beslutninger, mens de økonomiske interesser i at begrænse omkostningerne ved lange sygemeldinger kan have størst vægt i andre lande. Forskellene i den indbyrdes vægtning af disse interesser kan komme til udtryk som forskelle i, hvor mange der vender tilbage til arbejdet, og hvor mange der varigt går ud af arbejdet og tildeles førtidspension.

Aktørerne i det sociale system har i et vist omfang fælles interesser med flere af aktørerne i de andre systemer, især med hensyn til at sikre en hurtig, sikker, sund og varig tilbagevenden til arbejde. De vil dog tillige kunne have nogle bekymringer, som er forbundet med deres opgave som gatekeepere. Sådanne bekymringer kan gå på, om de øvrige aktører er parate til at medvirke aktivt i et optimalt TTA-forløb.

De betydelige forskelle mellem landenes sociale sikringssystemer vil antageligt medvirke til forskelle i sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det indebærer, at det kan være vanskeligt umiddelbart at overføre den viden, der er skabt på baggrund af undersøgelser i andre lande. Det mest ideelle, man kan gøre for at forbedre mulighederne for at overføre viden, er at anvende komparative undersøgelser, der analyserer sygefravær og tilbagevenden til arbejde for medarbejdere i flere lande. Denne slags undersøgelser findes der desværre kun få af. En anden metode er at undersøge de ændringer, der sker, efter man har foretaget lovgivningsmæssige forandringer i et land og derefter

observere ændringer i adfærden i forbindelse med sygefravær og tilbagevenden til arbejde. En tredje metode er at sammenligne resultaterne i undersøgelser, der ligner hinanden, fra flere forskellige lande. I de tilfælde, hvor der er konstateret sammenhænge i et land, kan man så forsøge at undersøge, om det samme er tilfældet i andre lande. Hvis det endnu ikke har været muligt, kan man reflektere over, om det er sandsynligt, om en given sammenhæng vil kunne genfindes i andre lande.

Betydningen af incitamentet i kompensationsystemet for tilbagevenden til arbejde

Det er en udbredt opfattelse blandt især politikere og økonomer, at økonomiske incitamentet er af stor betydning, også for sygefraværets længde, og at en høj kompensation af løn under sygefravær derfor vil virke nedbrydende på de sygemeldtes motivation for at vende tilbage til arbejde. Det enkelte lands overenskomster og regler om løn under sygefravær og om sygedagpenge er derfor af stor betydning.

I et af de få internationale studier (Frick & Malo 2008) har man undersøgt betydningen af sygedagpengeregler og ansættelsesretlige regler for sygefraværet i 14 europæiske lande. Det antages at være to vigtige komponenter, der regulerer sygefraværet i de enkelte lande. Hvis der er en høj grad af beskyttelse i ansættelsen, kan man antage, at incitamentet for en sygemeldt medarbejder til at vende hurtigt tilbage til arbejde vil blive yderligere formindsket. Derudover antages det, at sygefraværet vil stige, når arbejdsløsheden falder, og omvendt at sygefraværet vil falde, når arbejdsløsheden stiger. Det kan ske gennem to mekanismer. Medarbejderne kan forvente, at risikoen for at blive afskediget bliver større ved en højere ledighed, hvilket vil reducere tendensen til sygemelding og fremme en hurtigere tilbagevenden. Den anden mekanisme er, at arbejdsgivere kan vælge først at afskedige medarbejdere med et højt sygefravær.

De 14 lande i undersøgelsen viste sig at ligge godt spredt i forhold til de to dimensioner, niveauet for sygedagpenge og graden af beskyttelse i ansættelsen. Danmark ligger således højt på generøsitet, idet medarbejdere efter de fleste overenskomster modtager fuld løn under sygefravær, og beskyttelsen i ansættelsen er lav. De to dimensioner er ikke-korrelerede. Den samlede effekt af et højt niveau for løn under sygdom/sygedagpenge er forbundet med højere gennemsnitligt sygefravær i et land, mens sammenhængen mellem en høj grad af beskyttelse i ansættelsen er noget mindre – men går i samme retning.

Derudover viste det sig, at en højere arbejdsløshed er associeret med et lavere gennemsnitligt sygefravær. Der kan dog være andre faktorer, der gør, at det enkelte lands sygefravær afviger fra disse tendenser.

En yderligere undersøgelse af økonomiske incitamenters betydning er foretaget gennem en analyse af sygefraværets udvikling i Norge i årene 1992-2001. Tilbagevenden til arbejde efter sygefravær er generelt højest i de første måneder og falder i de næstfølgende måneder, for igen at stige efter ca. et års fravær, hvor kompensationen for løn bliver reduceret. Lige efter det første år stiger sandsynligheden for overgang til mere vedvarende førtidspension. Endvidere fandt man en stigning i det gennemsnitlige sygefravær associeret med den økonomiske udvikling. I starten af 90'erne var der økonomisk recession og et fald i sygefravær. Fra 1994 var der en langvarig vækst i økonomien og samtidig en stigning i sygefraværet på samlet tre dage pr. beskæftiget i 90'erne. I slutningen af 90'erne steg arbejdsløsheden, men her er der ikke (endnu) set nogen ændring i sygefraværet. (Nordberg & Roed 2009). Der er foretaget betydeligt flere studier af økonomiske incitamenter for sygefravær og tilbagevenden til arbejde, men det har ikke været muligt at foretage systematiske reviews om denne problemstilling.

Betydningen af udøvelse af gatekeeper-funktionen

Som nævnt tidligere i kapitlet har sagsbehandleren tre opgaver: 1. at træffe afgørelse vedrørende sygedagpenge, 2. at vurdere behovet for yderligere TTA-foranstaltninger, 3. at sørge for, at de forskellige indsatser bliver koordineret og 4. at træffe afgørelse i sager om førtidspension. Sagsbehandleren fungerer således som primær gatekeeper. Derved har sagsbehandleren en betydelig indflydelse på den sygemeldtes liv og på omkostningerne i samfundet. Sagsbehandleren har en dobbelt funktion: på den ene side skal han/hun hjælpe og støtte sygemeldte til at komme tilbage og fastholdes i arbejde, for det andet skal sagsbehandleren kontrollere og træffe afgørelser om ydelser til den sygemeldte inden for lovens rammer. Man kan forvente, at den potentielle modstrid mellem de to aspekter ved sagsbehandlerens opgaver – nemlig kontrol/myndighedsudøvelse over for hjælp/støtte – bliver mere udpræget, jo højere grad af kompensation for løntab under sygefravær der ydes i et system, og jo højere grad af beskyttelse i ansættelsen der findes.

I et systematisk review af gatekeeperfunktionen fra 2005 (Soderberg & Alexanderson 2005a) indgår 16 studier. Alle studierne handler om forskellige

dimensioner i sagsbehandlerrelationen til sygemeldte, men kun få studier handler om de problemer, der kan være forbundet med at afgøre sygedagpengesager. De handler mest om opgaven med at samarbejde med andre aktører, og de viser, at sagsbehandlernes oplever usikkerhed, og oplever, at de har utilstrækkelig viden om, hvorledes de skal håndtere dette samarbejde.

Oplevede problemer i sagsbehandlernes praksis

De fire ovennævnte opgaver, som sagsbehandlere i jobcentrene skal varetage, indeholder potentielt en række problemer, som sagsbehandlernes nødvendigvis må forholde sig til fra sag til sag. Det indebærer, at der ikke blot er én bestemt måde, der til hver en tid er den "rette måde". Denne problemstilling er der sat fokus på i et dansk projekt (Center for aktiv beskæftigelsesindsats CABI 2009), som beskrives mere indgående i Kapitel 7.

Der findes kun enkelte studier af sagsbehandlernes oplevelse af deres arbejdsopgaver. I et svensk interviewstudie af arbejdet med at vurdere førtidspensionsager fremkom tre temaer. For de første var ansøgerne meget forskellige, hvilket førte til stor variation i kvalitet og indhold i ansøgningerne. For det andet gik der lang tid med at vente på lægeerklæringer, hvilket forsinkede sagsbehandlingen. For det tredje havde arbejdsgivere, læger, sygemeldte og andre aktører vidt forskelligt syn på begrebet arbejdsevne. Sagsbehandlernes rolle som koordinerende aktør i forhold til de andre aktører blev ofte oplevet som frustrerende, idet aktørerne i nogle tilfælde havde mål og synspunkter, der afveg eller var i modstrid med sagsbehandlernes. Endelig oplevede sagsbehandlernes mangel på indflydelse på beslutningsforløbet, idet regler og andre interessenter begrænsede deres arbejde (Ydreborg et al. 2007; Ydreborg et al. 2008).

Sygemeldtes erfaringer i samarbejdet med sagsbehandlere

Det er vigtigt at vide noget om sygemeldtes erfaringer med dialogen med sagsbehandlernes, da det antageligt kan influere på deres egen indsats for at vende tilbage til arbejdet. I en tidlig svensk undersøgelse fra 1985 af 213 langtidssygemeldte (≥ 28 dage) i alderen 25-34 år med opfølgning efter 11 år (Ostlund et al. 2003) fandt man tre hovedaspekter i kontakten med professio-

nelle i sundhedssystemet og socialsystemet: støttende behandling, distanceret behandling og styrkende behandling. Sygemeldte med mentale helbredsproblemer oplevede kontakten som mere distancerende og mindre støttende end mennesker uden mentale helbredsproblemer.

I et senere og større svensk studie (Mussener et al. 2008a) har man undersøgt 10.043 langtidssygemeldtes positive erfaringer i deres interaktion med sagsbehandlere. 73 % af dem havde oplevet positive møder med sagsbehandlere. Tre faktorer spillede en rolle: at blive behandlet med kompetence, opmærksomhed og tillid.

I SFI-undersøgelsen (Høgelund et al. 2008) viste det sig, at de sygemeldte har en overvejende positiv vurdering af kommunens indsats. Til de konkrete spørgsmål svarer flertallet positivt både i 2002 og i 2006. Omtrent en tredjedel mente dog, at sagsbehandleren ikke lyttede til dem, og at de ikke havde stor indflydelse på, hvad der skete i deres sag. En tredjedel mente endvidere, at kommunen kontrollerede dem mere end at hjælpe dem, og 20 % mente, at sagsbehandlerne havde forsøgt at presse dem til at begynde at arbejde, før de var raske nok. Yderligere mente 28 % af de sygemeldte, at kommunen burde have kontakten deres arbejdsgiver.

Der er kun sparsom udforskning af interaktionen mellem sygemeldte og sagsbehandlere, idet forskningen i sygemeldtes interaktion med andre aktører oftere har handlet om interaktionen med læger og andet sundhedspersonale. Fremtidig forskning kan afklare, hvilke faktorer i interaktionen mellem sygemeldte og det sociale system der har betydning for TTA-forløbet.

Sagsbehandleres samarbejde med sundhedssystemet

Sagsbehandlerne i det sociale system er i høj grad afhængige af samarbejdet med aktører i sundhedssystemet. Oplevelsen af dette samarbejde er blevet undersøgt i et svensk casestudie (Thorstensson et al. 2008). Der blev beskrevet tre kategorier af temaer med i alt 11 underkategorier. Det første tema var kommunikationskanaler. Problemet var her primært problemer med lægeerklæringer. Nogle erklæringer manglede vigtige informationer, såsom diagnoser og oplysninger om de sygemeldtes arbejdskapacitet. Det gav et stort ekstraarbejde for sagsbehandlerne. Ventetider på erklæringer førte endvidere til forsinkelser i sagsbehandlingen. For det andet kunne der være problemer med

at holde fælles møder, hvor lægerne sjældent kunne deltage. For det tredje kunne der være problemer med tilstrækkelig støtte til samarbejdet.

Det andet hovedtema var de organisatoriske betingelser for samarbejdet. Inden for dette hovedtema kunne der være mangel på tid, manglende kontinuitet, problemer med tilgængelighed, uklar fordeling af ansvar og hyppige organisationsændringer.

Det tredje hovedtema var holdningerne hos aktørerne. Nogle læger blev oplevet som endimensionelle med for meget vægt på en medicinsk tilgang, mens andre læger blev oplevet som passive, hvilket kunne medvirke til forlængelse af sygefraværet. Der kunne tillige være tale om holdninger hos de sygemeldte, som kunne udgøre et problem i forhold til tilbagevenden til arbejde. Nogle af dem var ikke motiverede til at vende tilbage til arbejde, og andre tog en lægeerklæring som en garanti for tilkendelse af ydelser. Også sagsbehandlernes egne holdninger kunne være et problem. Nogle sagsbehandlere opfattede sig som professionelle garanter for det sociale system og lagde mest vægt på at følge reglerne, mens andre mere opfattede sig som mediatorer, der skulle sikre et positivt samarbejde mellem alle aktører.

Et dansk case-studie (Johansen, in press) har vist, at et optimalt samarbejde mellem det sociale system og sundhedsvæsenet bliver hæmmet af en række struktur- og kulturfaktorer. Evnen til at samarbejde bliver hæmmet af mangel på tid, hyppig udskiftning i personale, mangel på økonomiske ressourcer og manglende tilgængelighed.

Sagsbehandlerens samarbejde med arbejdspladsen

Positive resultater af sagsbehandlerens indsats for at fremme TTA-processen afhænger formodentlig af kontakten, kommunikationen og samarbejdet med arbejdspladsen. Trods den formodede vigtighed af dette samarbejde er der foretaget bemærkelsesværdigt lidt forskning heri.

SFI-undersøgelsen fra 2008 (Høgelund et al. 2008) belyste dog sagsbehandlernes kontakt og samarbejde med arbejdspladsen. Trods det at lovgivningen opfordrer til, at kommunerne koordinerer indsatsen med de øvrige aktører, og specielt med arbejdsgiverne, havde kommunerne kun haft kontakt med arbejdspladserne i 10 % af sygefraværssagerne, og i kun 5 % af sagerne havde der været afholdt møde mellem kommune og arbejdsgiver. Der var dog tendens til, at der hyppigere havde været kontakt i de længerevarende fraværs-

sager. Det forekommer på den baggrund tvivlsomt, om kommunerne anvender mulighederne for koordination mellem de forskellige aktører optimalt, og der vil derfor formodentlig være potentiale for en forbedring af den samlede indsats for tilbagevenden til arbejde.

Tabel 6.4. Potentielt hæmmende og fremmende faktorer for tilbagevenden til arbejde i det sociale kompensationssystem

Hæmmende faktorer	Fremmende faktorer
Høj grad af kompensation af løn under sygdom.	Koordination mellem forskellige aktørers intervention.
Usikkerhed i samarbejdet med de øvrige systemer.	Fem afgørende komponenter.
Manglende samarbejde og koordination mellem fx social- og sundhedsvæsen.	
Forskellige opfattelser af tilbagevenden til arbejde hos de forskellige aktører.	

6.7. Koordinatorfunktion

I flere af de foregående afsnit har vi argumenteret for, at manglende kommunikation og samarbejde mellem de forskellige aktører vil have negative konsekvenser for TTA-forløbet. Den løsning, der normalt bliver fremført herpå, er en øget koordination mellem indsatser og aktører i forbindelse med tilbagevenden til arbejde. De interventioner, der har været afprøvet i forbindelse med tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med muskel- og skeletbesvær, har således haft koordination mellem aktørerne som et centralt element.

Der os bekendt ikke gennemført noget kontrolleret interventionsstudie inden for området tilbage til arbejde, hvor koordinerede interventioner er blevet sammenlignet med ikke-koordinerede interventioner. Når der som ved TTA-interventioner er tale om flere interventionskomponenter, er det enten ikke muligt eller i al fald meget vanskeligt at undersøge andele af den samlede effekt, der kan tilskrives de enkelte komponenter. Det, man typisk undersøger, er den samlede effekt af en intervention for deltagerne sammenlignet med en kontrolgruppe.

Koordination af TTA-interventioner

En række reviews (Bower et al. 2006; Christensen et al. 2008; Gensichen et al. 2006; Gilbody et al. 2006; Neumeyer-Gromen et al. 2004) viser, at koordinationen af interventioner i forhold til personer med depression har en positiv effekt på behandlingens resultat. Afgørende for disse resultater er følgende faktorer: forbedring af klienternes deltagelse i interventionerne (compliance), sikring af kvalitet i interventionerne, så de er i bedre overensstemmelse med guidelines for behandling, faglig supervision, tidlig opsporing af tilfælde, feedback til klienter samt klienternes inddragelse i beslutninger om, hvilken behandling der skal foretages.

Inden for tilbagevenden til arbejdeforskningen har det været diskuteret, hvilke komponenter eller kendetegn ved interventionerne der spiller en afgørende rolle for, at de virker.

Konklusionen på tre systematiske reviews af TTA-interventioner for muskel og skeletbesvær og mentale helbredsproblemer er, at følgende fem komponenter er afgørende:

- Mulighed for arbejdsmodifikation
- Kontakt mellem behandler og arbejdspladsen
- Tidlig kontakt mellem medarbejder og arbejdsplads
- Ergonomisk arbejdspladsvurdering
- TTA-koordinator

I Briands review fra 2008 nævnes dog, at kun to af 11 identificerede TTA-interventioner indeholder alle de fem komponenter. Dette tyder på, at mange TTA-interventioner ikke bliver gennemført optimalt, og at der altså stadig eksisterer mange muligheder for forbedringer af interventionerne (Briand et al. 2008; Franche et al. 2005; Tompa et al. 2008).

Inden for interventionsforskningen af sammensatte interventioner (complex interventions) er der påbegyndt diskussioner af, hvilke andele af den samlede effekt der kan tilskrives de enkelte komponenter, der indgår i de sammensatte interventioner, samt af, hvilke virkningsmekanismer der findes. Da TTA-interventioner som nævnt tidligere også må betragtes som sammensatte interventioner, er sådanne diskussioner også vigtige inden for dette forskningsområde.

Erfaringer med case management

Det, der kommer nærmest koordinerede TTA-interventioner, er de såkaldte case management- eller shared care-programmer, der anvendes ved behandling af psykiske lidelser (Birket-Smith et al. 2009; Bower et al. 2006; Christensen et al. 2008; Gensichen et al. 2006; Gilbody et al. 2006; Neumeyer-Gromen et al. 2004) (se nærmere omtale i Kapitel 5 i denne hvidbog).

Os bekendt er der endnu ikke gennemført interventionsforsøg med collaborative care for personer med andre mentale helbredsproblemer end depression. Ligeledes er der heller ikke foretaget forsøg med koordinerede interventioner med det formål at forbedre tilbagevenden til arbejde.

Interaktion og kommunikation mellem de enkelte systemer

Alle aktører med tilknytning til TTA-processen har en interesse i at sikre en sikker, sund og varig tilbagevenden til arbejde. Der er dog også forskellige

og nogle gange modstridende interesser og motiver hos aktørerne. Det kan føre til forskellige grader af aktivt engagement og medvirken i tilbagevenden til arbejdsindsatsen, der ofte skal foretages i et samarbejde mellem mange aktører for at blive vellykket. Der kan tillige være forskelle i, hvilke ressourcer aktørerne er i besiddelse af. Hvis ressourcerne er begrænsede, kan det komme til udtryk som manglende tålmodighed over for resultaterne, og over for de øvrige aktørers indsats.

Da det ofte er nødvendigt for et optimalt TTA-forløb, at flere aktører arbejder sammen, er der mange muligheder for en mindre optimal proces, fx ved indbyrdes misforståelser og forsinkelser i sagsgangen med efterfølgende reduktion af aktivt engagement og indsats. Nogle af de forhold, der kan føre til suboptimale TTA-forløb, kan henføres til, at der anvendes forskellige perspektiver og modeller for, hvorledes rehabilitering til fuld funktionsdygtighed bør finde sted. Der findes dog kun begrænset forskningsbaseret viden om, hvorledes de forskellige aktørers interesser bliver transformeret til motivation og handlinger, og om, hvordan de forskellige perspektiver og indsatser virker sammen om at skabe effektive TTA-forløb.

Referencer

- Aas RW, Ellingsen KL, Lindoe P & Moller A. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *J.Occup.Rehabil.* 2008;18(4):335-346.
- Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC & van den BR. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J.Occup.Rehabil.* 2006;16(1):41-52.
- Arrelov B, Alexanderson K, Hagberg J, Lofgren A, Nilsson G & Ponzer S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC.Public Health* 2007;7:273.
- Birket-Smith M, Lundsteen M & Eplov L. Shared care mellem almen praksis og psykiatri. København, BBH Psykiatri 2009.
- Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J & Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and metaregression. *Br.J.Psychiatry* 2006;189:484-493.
- Briand C, Durand MJ, St Arnaud L & Corbiere M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J.Occup.Rehabil.* 2008;18(2):207-217.
- Brouwers EPM, de Bruijne MC, Terluin B & Verhaak PFM. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial. *European Journal of Public Health* 2007;17:214-20.
- Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG & Verhaak P. Patients with Minor Mental Disorders Leading to Sickness Absence: A Feasibility Study for Social Workers' Participation in a Treatment Programme. *British Journal of social work* 2006a;36:127-38.
- Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B & Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *Gen. Hosp.Psychiatry* 2006b;28:223-29.
- Center for aktiv beskæftigelsesindsats CABI. Evaluering af projekt LUCA. 2009.
- Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M & Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC.Fam.Pract.* 2008;9:25.
- Claussen B & Dalgard OS. Disability pensioning: The gender divide can be explained by occupation, income, mental distress and health. *Scand.J.Public Health* 2009;37(6):590-597.

- Claussen B, Dalgard OS & Bruusgaard D. Disability pensioning: Can ethnic divides be explained by occupation, income, mental distress, or health? *Scand.J.Public Health* 2009.
- Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK & Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sicklisted employees: a systematic review. *Occup.Environ.Med.* 2008;65(3):153-157.
- Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Det store TTA-projekt. 2010. www.arbejdsmiljoforskning.dk.
- Ektor-Andersen J, Nymanson A, Bondesson E, Ingvarsson E, Fahlström J & Bergman Å. Smerte- og arbejdsrelateret arbejdsevnetab - Teambaseret adfærdsmedicinsk rehabilitering. 2010.
- Franché RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S & Frank J. Workplacebased return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J.Occup.Rehabil.* 2005;15(4):607-631.
- Franché RL & Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J.Occup.Rehabil.* 2002;12(4):233-256.
- Freeman D, Cromwell C, Aarenau D, Hazelton M & Lapointe M. Factors Leading to Successful Workplace Integration of Employees Who Have Experienced Mental Illness. *Employee Assistance Quarterly* 2004;19(4):51-58.
- Frick B & Malo MA. Labor market institutions and individual absenteeism in the European Union: The relative importance of sickness benefit systems and employment protection legislation. *Industrial Relations* 2008;47(4):505-529.
- Friesen MN, Yassi A & Cooper J. Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work* 2001;17(1):11-22.
- Gard G & Larsson A. Focus on motivation in the work rehabilitation planning process: a qualitative study from the employer's perspective. *J.Occup. Rehabil.* 2003;13(3):159-167.
- Gates LB. Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2000;10(1):85-98.
- Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M & Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol.Med.* 2006;36(1):7-14.
- Gerner U & Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand.J.Public Health* 2009;37(1):57-63.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D & Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative metaanalysis and review of longer-term outcomes. *Arch.Intern.Med.* 2006;166(21):2314-2321.

- Glozier N, Hough C, Henderson M & Holland-Elliott K. Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses. *Int.J.Soc.Psychiatry* 2006;52(6):525-534.
- Hauge B. Kræftframte - på arbejde. Sociologisk Institut 2008.
- Hogelund J. Reintegration: public or private responsibility? Consequences of Dutch and Danish policies toward work-disabled persons. *Int.J.Health Serv.* 2002;32(3):467-487.
- Høgelund J, Boll J, Skou M & Jensen S. Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven, Del II. København, SFI 2008.
- Høgelund J & Holm A. Worker Adaptation and Workplace Accommodations after the Onset of an Illness. København, 2009.
- Holmgren K & Dahlin IS. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *J.Occup.Rehabil.* 2007;17(1):93-106.
- Johansson G, Lundberg O & Lundberg I. Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *J.Occup.Rehabil.* 2006;16(2):185-195.
- Kausto J, Miranda H, Martimo KP & Viikari-Juntura E. Partial sick leave-review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scand.J.Work Environ.Health* 2008;34(4):239-249.
- Lofgren A, Hagberg J, Arrellov B, Ponzer S & Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand.J.Prim.Health Care* 2007;25(3):178-185.
- Mussener U, Festin K, Upmark M & Alexanderson K. Positive Experiences of Encounters with Healthcare and Social Insurance Professionals Among People on Long-Term Sick Leave. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008a;40(10):805-811.
- Mussener U, Svensson T, Soderberg E & Alexanderson K. Encouraging encounters: sicklisted persons' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Soc.Work Health Care* 2008b;46(2):71-87.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K & Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med.Care* 2004;42(12):1211-1221.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW & van Dijk FJ. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup.Environ.Med.* 2004;61(10):817-823.
- Nordberg M & Roed K. Economic Incentives, Business Cycles, and Long-Term Sickness Absence. *Industrial Relations* 2009;48(2):203-230.

- O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S & Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam. Pract.* 2008;25(1):20-26.
- Ostlund GM, Borg KE, Wide P, Hensing GKE & Alexanderson KAE. Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31(4):275-282.
- Post M, Krol B & Groothoff JW. Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disabil.Rehabil.* 2005;27(9):481-488.
- Prochaska JO. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med.Decis.Making* 2008;28(6):845-849.
- Prochaska JO & Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am.J.Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
- Rothman AJ, Hertel AW, Baldwin AS & Bartels RD. Understanding the determinants of health behavior change: Integrating theory and practice. I: Shah JY & Gardner WL, red. 2008. s. 494-507.
- Ryan RM & Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp.Educ.Psychol.* 2000a;25(1):54-67.
- Ryan RM & Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *Am.Psychol.* 2000b;55(1):68-78.
- Salkever DS, Goldman H, Purushothaman M & Shinogle J. Disability management, employee health and fringe benefits, and long-term-disability claims for mental disorders: An empirical exploration. *Milbank Quarterly* 2000;78(1):79-113.
- Schademan HK & Holt H. Virksomhedernes sociale ansvar Årbog 2009. København, SFI 2009.
- Share D, McCrady B & Epstein E. Stages of change and decisional balance for women seeking alcohol treatment. *Addict Behav* 2004;29(3):525-535.
- Shaw L, Segal R, Polatajko H & Harburn K. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation* 2002a;24(4):185-195.
- Shaw L, Segal R, Polatajko H & Harburn K. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disabil.Rehabil.* 2002b;24(4):185-195.
- Shaw WS, Robertson MM, Pransky G & McLellan RK. Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *J.Occup.Rehabil.* 2003;13(3):129-142.
- Sieurin L, Josephson M & Vingard E. Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on parttime sick leave. *Scand.J.Public Health* 2009;37(1):50-56.

- Soderberg E & Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scand.J.Public Health* 2003;31(6):460-474.
- Soderberg E & Alexanderson K. Gatekeepers in sickness insurance: a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health & Social Care in the Community* 2005a;13(3):211-223.
- Soderberg E & Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand.J.Public Health* 2005b;33(4):314-320.
- Swartling M, Peterson S & Wahlstrom R. Views on sicklisting practice among Swedish General Practitioners-a phenomenographic study. *BMC Fam. Pract.* 2007a;8:44.
- Swartling MS, Alexanderson KA & Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification - an interview study with Swedish general practitioners. *Scand.J.Public Health* 2008;36(4):408-414.
- Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K & Wahlstrom RA. Sicklisting as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *J.Occup. Rehabil.* 2007b;17(3):398-408.
- Thorstensson CA, Mathiasson J, Arvidsson B, Heide A & Petersson IF. Cooperation between gatekeepers in sickness insurance - the perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC.Health Serv.Res.* 2008;8:231.
- Tjulin A, Edvardsson SE & Ekberg K. Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme. *J.Occup.Rehabil.* 2009a;19(4):409-418.
- Tjulin A, MacEachen E & Ekberg K. Exploring Workplace Actors Experiences of the Social Organization of Return-to-Work. *J.Occup.Rehabil.* 2009b.
- Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholt L & Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol.Med.* 2005;35(8):1175-1184.
- Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R & Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J.Occup.Rehabil.* 2008;18(1):16-26.
- Upmark M. Experiences of negative encounters with healthcare professionals in Sweden: long-term sickness absent women and men of different ages. *Scand J Public Health* . 2010.
- van Duijn M & Burdorf A. Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. *J.Rehabil.Med.* 2008;40(7):576-581.
- van Duijn M, Lotters F & Burdorf A. Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints. *J.Rehabil.Med.* 2005;37(3):172-179.

- von Knorring M, Sundberg L, Lofgren A & Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand.J.Prim.Health Care* 2008;26(1):22-28.
- Ydreborg B, Ekberg K & Nilsson K. Swedish social insurance officers' experiences of difficulties in assessing applications for disability pensions - an interview study. *Bmc Public Health* 2007;7.
- Ydreborg B, Ekberg K & Nilsson K. Swedish social insurance officers' experience of their working conditions when dealing with applications for disability pension. *Work* 2008;31(4):451-459.

Kapitel 7

Danske TTA-indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer

Indhold

Indledning	429
Litteratursøgning og kvalitetsvurdering	431
Kapitlets opbygning	433
Konklusion på baggrund af en gennemgang af danske TTA-indsatser	435
Best practice	436
Behov for mere viden/ forskning	437
Koordinerede flerstrengede TTA-indsatser	438
Sammenfatning af koordinerede TTA-indsatser	442
Flerstrengede TTA-indsatser uden koordinering	449
Sammenfatning af flerstrengede danske TTA-indsatser	450
Enkeltstrengede TTA-indsatser	455
Sammenfatning af enkeltstrengede danske TTA-indsatser	456
Indsatser der opkvalificerer medarbejdere	460
Sammenfatning af indsatser der vedrører opkvalificering af personale	462
Sammenfatning og diskussion af gennemgangen af danske TTA-indsatser	465
Referencer	468

Indledning

Formålet med dette kapitel er at give et overblik over danske Tilbage-Til-Arbejde (TTA)-indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Kapitlet gennemgår både, hvilke indsatser der er gennemført, og hvilke der i skrivende stund er igangsat, og ønsket med kapitlet er at give et overblik over, hvad der kendetegner danske TTA-indsatser.

Sygefravær har været et vigtigt tema i dansk politik og hos danske virksomheder i de senere år. I efteråret 2008 blev der indgået en trepartsaftale imellem regeringen og arbejdsmarkedets parter med henblik på at nedbringe det længerevarende sygefravær. Trepartsaftalen har medført en række lovmæssige ændringer for arbejdsgivere, medarbejdere og myndigheder og skabt øget fokus på, hvilke indsatser der skal til for at nedbringe sygefraværet og fremme tidlig og varig tilbagevenden til arbejde for sygemeldte medarbejdere.

Mentale helbredsproblemer fylder mere og mere i sygefraværstatistikken i Danmark. Forskellige undersøgelser viser desuden, at mentale helbredsproblemer er associeret med øget risiko for langtidssygefravær og førtidspension (Bultmann et al. 2006; Bultmann et al. 2008; Karpansalo et al. 2005; Laitinen-Krispijn & Bijl 2000). I Danmark kan ca. 24 % af alle sager om sygedagpenge henføres til psykiske årsager. Dertil kommer, at de psykiske lidelser i dag er den primære årsag til førtidspension (Hoegelund et al. 2003). Dette har ført til igangsættelsen af forskellige initiativer. Bl.a. har Sundhedsstyrelsen udgivet en rapport i 2009, der beskriver, hvordan man kan fremme mental sundhed i kommunerne i Danmark. Derudover har Danske Regioner udgivet et debatoplæg om psykisk sygdom og arbejdsmarkedet sammen med Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening og Danske Psykiatere og Børne-ungdomspsykiateres Organisation. Debatoplægget giver forskellige anbefalinger til, hvordan man via psykiatrisk og psykologisk behandling kan forebygge længerevarende sygefravær og førtidigt arbejdsophør hos sygemeldte med ikke-psykotiske psykiske lidelser.

På trods af sådanne initiativer er antallet af undersøgelser, der er publiceret i videnskabelige tidsskrifter om TTA-indsatser gennemført i Danmark, stadigvæk sparsomt. Desuden har der manglet et overblik over de eksisterende erfaringer og den eksisterende viden om tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer i Danmark, og derfor tager mange danske tiltag udgangspunkt i forsknings- og rehabiliteringsindsatser for personer med muskel- og skeletbesvær, hvor der er flere erfaringer og viden fra videnskabelige studier.

Det var først i 1990'erne, at forskning i mentale helbredsproblemer og arbejdsfastholdelse for alvor tog fart. Det meste af forskningen, der undersøger effekten af TTA-interventioner, er hovedsageligt foretaget i Holland. I Danmark har der også været stigende interesse for dette forskningsområde, men der foreligger endnu ikke resultater fra danske, randomiserede, kontrollerede TTA-indsatser, og der findes kun få interventioner, der er udført med kontrolgrupper, og i disse få interventioner er den undersøgte population (antal personer, som indgår i studiet) ofte af en begrænset størrelse. Der er derfor stadigvæk mangel på viden om, hvilke interventionstyper der effektivt kan forbedre arbejdslevnen og reducere sygefraværet blandt sygemeldte med mentale helbredsproblemer i Danmark. Dertil kommer, at lovgivningen om sygedagpenge har gennemgået væsentlige ændringer de sidste 10 år, hvor de fleste af studierne er gennemført. Det gør det vanskeligt at sammenligne effekten på tværs af de enkelte interventioner. Derudover kan økonomiske lav- og højkonjunkturer have indflydelse på TTA-indsatsernes virkning.

Når der tales om videnskabelig evidens, er det vigtigt at afklare, hvor sikre konklusioner man kan udtrække fra den viden, der kommer fra forskellige typer af forskning og undersøgelser. Cochrane udviklede i 1971 principper, der kan bruges til at vurdere forskellige styrker af evidens, og disse principper anvendes fortsat af de førende forskningsinstitutioner inden for evidensbaseret medicin (The Cochrane Collaboration) og samfundsvidenskab (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2010). En måde at illustrere disse grundprincipper på udtrykkes gennem en hierarkisk inddeling – også kaldet evidensstigen (Greenhalgh T. 1997). Tanken er, at jo højere op på evidensstigen, man bevæger sig, jo stærkere evidens kan man typisk udlede af den pågældende undersøgelsesmetode, og jo mere sikker bliver den viden (om fx effekten af en TTA-indsats), man kan konkludere om fra studiet. Øverste trin på stigen er systematiske reviews og meta-analyser, hvor man sammenfatter viden fra mange videnskabelige studier. Herefter kommer randomiserede, kontrollerede studier fulgt af kohortestudier – også kaldet forløbsstudier. Længere nede ad evidensstigen finder man case-studier, usystematiske ekspertudtalelser og viden fremkommet på baggrund af ekspertkonsensus, som giver lidt mindre sikkerhed for, at de fundne effekter er reelle.

Der foreligger endnu ikke resultater fra undersøgelser af store danske TTA-indsatser, der lever op til gode forskningsmæssige kvalitetskriterier, såsom randomiserede, kontrollerede design. De få studier, der er publiceret i videnskabelige tidsskrifter, har ikke anvendt forskningsdesign, der kan give sikker evidens for effekten af de gennemførte danske TTA-indsatser. Det meste af den litteratur, der findes på området, er såkaldt gråzonelitteratur i form af fx interne evalueringsrapporter eller rapporter udgivet af de sociale myndighe-

der eller sundhedsvæsenet. Det er typisk rapporter, som ikke er udarbejdet med det formål at blive publiceret i videnskabelig sammenhæng, hvorfor de oftest ikke lever op til de forskningsmæssige kvalitetskriterier (Kamper-Jørgensen F. 2000). Der er således ikke videnskabelig evidens for effekten af de gennemførte danske TTA-indsatser vedrørende sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Selv om der ikke på nuværende tidspunkt er videnskabelig evidens for danske TTA-indsatser effekt, kan andre former for viden belyse den danske TTA-indsats. De studier, der indtil videre er publiceret i videnskabelige tidsskrifter sammenholdt med en stor del af gråzonelitteraturen, kan danne grundlag for en erfaringsbaseret viden om, hvad der karakteriserer den danske TTA-indsats. Formålet med nærværende kapitel er derfor at gennemgå litteraturen med henblik på at sammenfatte erfaringerne fra danske TTA-indsatser.

Litteratursøgning og kvalitetsvurdering

Der er som nævnt få TTA-interventionsstudier, som er publiceret i videnskabelige tidsskrifter. Disse artikler er fundet ved at søge i de gængse databaser som fx Medline, Psyclitt og Web of Knowledge. Da de fleste rapporter, der handler om danske TTA-indsatser i forhold til sygemeldte med mentale helbredsproblemer, findes i andre kilder end videnskabelige tidsskrifter, har det været nødvendigt at udvide litteratursøgningen til også at omfatte gråzonelitteratur. I dette kapitel gennemgår vi således to typer af litteratur om danske TTA-indsatser. Det drejer sig om studier af interventioner, der er publiceret i videnskabelige tidsskrifter, og studier, der ikke er.

For at få kendskab til de danske TTA-indsatser, som ikke er beskrevet i videnskabelige tidsskrifter, har vi udvidet vores søgestrategi. Vi har søgt i relevante databaser og taget kontakt til fonde, fagblade og foreninger samt til vigtige aktører i TTA-processen som fx arbejdsmedicinske klinikker, psykiatريفoreninger, leverandører (fx CABI, KIApro, Incita) sammenslutninger (fx OHRC, HR- og personalechefer) samt fagforeninger som LO og FTF. Derudover er samtlige kommuner i Danmark blevet kontaktet telefonisk eller via en personlig mail for at høre, om de havde materiale eller havde kendskab til beskrevne TTA-indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Kriterierne for at medtage TTA-indsatser, som ikke er publiceret i videnskabelige tidsskrifter, har – ud over de kriterier, som er beskrevet nedenfor – været, at indsatsen som minimum er beskrevet i en rapport, evaluering, nyheds- eller fagartikel eller som projekt-/metodebeskrivelse.

Kriterierne for at medtage en beskrivelse af en TTA-indsats, hvad enten den er publiceret i et videnskabeligt tidsskrift eller dokumenteret på anden vis, kan inddeles i kriterier vedrørende målgruppen, TTA-interventionen og den tidsperiode, interventionen er foretaget i:

Målgruppen: Indsatsen skal inkludere sygemeldte medarbejdere i ansættelsesforhold eller personer, der har mistet deres arbejde på grund af langvarigt sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer. Der skal dog være tale om personer, som er vurderet som arbejdsmarkedssparate, og hvor det sociale system har vurderet, at det er muligt at vende tilbage til arbejde på normale vilkår. Dette er ofte defineret i det sociale system som matchgruppe 1, 2 eller 3. Indsatser rettet mod målgrupper, der vurderes at være langt væk fra arbejdsmarkedet, bliver ekskluderet fra gennemgangen. Dette vil typisk være indsatser over for personer, der i det sociale system er defineret som matchgruppe 4 og 5 (Der henvises til indledningen for nærmere gennemgang af inklusions-/eksklusionskriterier i Hvidbogen).

TTA-indsats: Det overordnede formål med indsatsen skal være defineret som reduktion af sygefravær og/eller fastholdelse af medarbejdere i arbejde og/eller arbejdspladsrettet rehabilitering af ikke-ansatte personer. Derudover skal det i metoden være defineret, hvordan sygefravær og/eller arbejdsfastholdelse vil blive målt i evalueringen af interventionen. Både igangsatte og afsluttede TTA-indsatser er inkluderet i gennemgangen.

Tidsperiode: De relevante TTA-indsatser er gennemført i perioden 1995-2009.

Det er ikke muligt at opstille strenge kvalitetskrav til de gennemgåede danske TTA-indsatser. De fleste af de indsamlede rapporter eller evalueringer er udfærdiget i forbindelse med forskellige fondes krav om dokumentation og formidling. Nogle af evalueringsrapporterne er skrevet af projektlederne selv, mens andre er evalueret eksternt på bestilling. Enkelte TTA-indsatser anvender en såkaldt før og efter-måling, hvor effekten af interventionen måles som ændringer af symptomer, sygefravær og arbejdsfastholdelse. Få af de gennemgåede interventioner har en kontrolgruppe, som kan sammenlignes med interventionsgruppen, hvilket gør det svært at udelukke, at en eventuel påviselig effekt kan skyldes andre årsager end interventionen. Andre evalueringer baserer sig udelukkende på kvalitative interviews med enten projektledere, projektdeltagere eller begge under eller efter projektets afslutning. Der er temmelig store kvalitetsmæssige forskelle i måden, indsatserne er afrapporteret på. Ofte er TTA-indsatsen ikke dokumenteret ud fra kriterier, der er gennemskuelige og tydelige. Desuden bærer evalueringerne generelt præg af, at de ikke er gennemført for at publicere resultaterne i videnskabelige tidsskrifter.

Ingen af de afsluttede TTA-indsatser anvender randomiseret, kontrolleret design. Kvalitetsvurderingen vil derfor tage udgangspunkt i de kvalitetskriterier for ikke-randomiserede studier, som er beskrevet i the "Trend statement" (Des Jarlais DC et al. 2004).

Kapitlets opbygning

Gennemgangen af de danske TTA-indsatser, hvad enten de er beskrevet i videnskabelige tidsskrifter eller ej, er inddelt efter, hvilke interventioner der anvendes, dvs.: a) flerstrengede indsatser med koordinering, b) flerstrengede indsatser uden koordinering, c) enkeltstrengede indsatser eller d) indsatser, der opkvalificerer det personale, som har med den sygemeldte at gøre.

a) Flerstrengede indsatser med koordinering er indsatser, hvor der foretages flere forskellige indsatser på en gang, og hvor de planlægges og målrettes i forhold til at få sygemeldte medarbejdere tilbage i arbejde. Indsatserne kan fx være en kombination af psykologisk behandling, socialrådgivning og arbejdsmedicinsk udredning. En koordinering vil ofte være en afgørende del af indsatsen og består af udveksling og samarbejde mellem primære aktører i TTA-processen (fx behandler, praktiserende læge, socialrådgiver, arbejdsgiver og medarbejderen selv). For det meste foregår koordineringen på den måde, at ansvaret for koordineringen tildeles en bestemt fagperson, som bliver udnævnt til "case manager". Det vil ofte være en socialrådgiver. Case manageren har ansvaret for at udveksle informationer og organisere indsatsen mellem alle involverede i TTA-processen. Dette kan eksempelvis foregå ved at skabe et forum, såsom rundbordssamtaler, hvor medarbejderen og relevante aktører kan udveksle informationer og planlægge TTA-forløbet. Ud over at koordinere rehabilitering og TTA-forløbet på arbejdspladsen kan case manageren også stå for at igangsætte en behandlingsmæssig indsats, hvor tværfaglig udredning kan indhentes efter behov for at fremme en tidlig behandlingsindsats. TTA-indsatser, hvor koordineringsindsatsen er mindre omfattende og struktureret, skal som minimum være formaliseret i form af møder med vigtige aktører i TTA-processen.

b) Flerstrengede indsatser uden koordinering er indsatser, hvor der foretages flere forskellige indsatser på en gang, men uden at der foretages en formaliseret form for koordinering imellem dem. Interventionerne kan have flere forskellige formål. Nogle interventioner (fx psykologisk behandling) sigter systematisk og målrettet mod at bedre den sygemeldtes mentale helbredsproblemer, mens andre sigter mod at forhindre langvarigt sygefravær og/eller arbejds-

ophør (fx samtaler ved socialrådgiver). Indsatserne kan naturligvis også indeholde en kombination af de to.

c) Enkeltstrengede indsatser omhandler de interventioner, der er karakteriseret ved kun at have én enkelt interventionsform, fx undervisning, kursus, eller individuelle samtaleforløb. Enkeltstrengede interventioner retter sig mod den enkelte sygemeldte og har til formål at fremme den arbejdsmæssige rehabilitering og reducere sygefravær eller hindre arbejdsophør.

d) Indsatser, der opkvalificerer personale, drejer sig om at uddanne personale eller forandre sagsgange eller procedurer hos de medarbejdere, der arbejder med sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Det kan også omfatte indsatser, hvor udvalgte medarbejdere bliver uddannet til at kunne fungere som mentorer for kollegaer med mentale helbredsproblemer og på den måde yde forskellige former for støtte.

På hvert af de fire nævnte områder a-d) vil de vigtigste artikler/rapporter af den bedste kvalitet blive gennemgået og resultaterne blive diskuteret og sammenfattet. De artikler/rapporter, der er kendetegnet ved en tydelig og klar beskrivelse af projektets formål, metode og resultatopgørelse, vil blive brugt i gennemgangen. Hvert delområde bliver afsluttet med en oversigt over alle de indsamlede projekter i et dataudtrækningskema.

Kapitlet vil ud fra gennemgangen af den indsamlede litteratur og andet materiale forsøge at svare på følgende forskningsspørgsmål:

- Hvad kendetegner de danske TTA-indsatser?
- Hvad er resultaterne fra danske TTA-indsatser?
- Hvilke metodologiske problemer kendetegner danske TTA-indsatser?
- Hvilke forslag til forbedringer af den danske indsats kan gives?
- Hvilke anbefalinger kan uddrages (gennemgået i sammenfatningen)?
- Kan erfaringer fra udenlandske studier overføres til danske forhold?

Konklusion på baggrund af en gennemgang af danske TTA-indsatser

Der er endnu kun publiceret få artikler i videnskabelige tidsskrifter om danske TTA-indsatseres effekt på sygefravær og arbejdsfastholdelse for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Derfor er der også inddraget projekter fra gråzonelitteraturen. På baggrund af det relativt lille antal danske projekter og deres store indbyrdes forskellighed i indhold og evalueringsmetode er det ikke muligt at sammenfatte egentlige evidensbaserede konklusioner fra danske TTA-indsatser. Derimod er det muligt at sammenfatte den erfaringsbaserede viden, der karakteriserer TTA-indsatsen i Danmark.

Kendetegn ved den danske TTA-indsats

- De fleste TTA-indsatser er foretaget i kommunalt regi med støtte fra forskningsfonde. De fleste TTA-indsatser har en praktisk tilgang udsprunget af behovet for erfaringsbaseret viden.
- TTA-indsatsen består overvejende af flerstrengede interventioner med eller uden koordinering. Flere af de flerstrengede interventioner med koordinering kan sammenlignes med tilsvarende interventioner i udlandet. Disse involverer interventioner rettet mod den sygemeldtes arbejdsplads og en tværfaglig udredning af sygemeldtes mentale helbredsproblemer. Der afventes resultater fra to større danske projekter, hvoraf det ene er et randomiseret, kontrolleret studie, og det andet anvender en kontrolgruppe. Begge undersøger større populationer.
- Flere af de flerstrengede interventioner uden koordinering omfatter undervisning i håndtering af psykiske og somatiske problemer i kombination med forskellige helbredsmæssige indsatser og aktiviteter rettet mod den sygemeldtes arbejdsplads.
- Flere undersøgelser, der evaluerer effekten af både enkeltstrengede og flerstrengede interventioner for rehabilitering af medarbejdere med stress, viser, at interventionerne kan reducere symptomer på stress. Der afventes flere resultater om effekten på sygefraværet.
- En del enkeltstrengede interventioner omfatter undervisning i mentale helbredsproblemer med henblik på at forbedre medarbejdernes evne til at håndtere deres helbredsproblemer og fremme tilbagevenden til arbejde. Sådanne interventioner er næppe tilstrækkelige i sig selv til at påvirke sygefraværet. Men det må forventes, at en øget viden om psykiske lidelser er et vigtigt led i en samlet indsats, der kan føre til en mere succesfuld rehabilitering af medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

- Enkelte interventioner går ud på at opkvalificere det personale, der håndterer sygemeldte med mentale helbredsproblemer, eller indfører mentorordninger på arbejdspladsen.

For i fremtiden at kunne udlede videnskabelig evidens fra danske TTA-indsatser vil det være nødvendigt med følgende forbedringer:

- Bedre forskningsdesign (kontrol- eller referencegrupper og gerne randomiserede kontrollerede design).
- Kommuner bør allerede ved projektudformningen have rådgivning om gennemførelse af evaluering, fx i samarbejde med forskningsinstitutioner.
- Der bør være større fokus på kvantitative effektevalueringer og opfølgning minimum et år efter indsatsens afslutning.
- Der bør udarbejdes en standard for, hvordan TTA-indsatser som minimum skal evalueres, og der anbefales et tættere samarbejde mellem praksisfeltet og forskningsinstitutioner.

Det er endnu for tidligt at vurdere, i hvor høj grad konkrete erfaringer fra udenlandske studier kan overføres til danske forhold. Indtil videre må viden fra udenlandske studier bruges som retningslinjer suppleret med, hvad evalueringer af danske projekter giver af viden om "best practice" i en dansk kontekst.

Best practice

På baggrund af de gennemgåede danske TTA-indsatser med sygemeldte kan der gives en række "best practice"-anbefalinger til TTA-indsatser:

- Der bør ske koordinering af indsatserne fra behandlere, arbejdsgivere og kommunale myndigheder samt involvering af alle aktører i TTA-processen.
- Der bør være fokus på arbejdspladsen og mulighed for arbejdsmodifikation og tilpasninger af arbejdsforhold til de sygemeldtes funktionsniveau.
- Der bør foretages tidlig kontakt til arbejdspladsen under sygefraværet.
- Der bør være adgang til evidensbaseret behandling.
- Der bør foretages tidlig opsporing af diagnosticérbare mentale helbredsproblemer såsom depression.
- Der bør gives hurtig og let adgang til behandling.
- Der bør involveres fagpersoner med kendskab til arbejdsmiljø og arbejdsmarkedsforhold.

Behov for mere viden/forskning

- Udvikling og afprøvning af forskellige TTA-metoder og -modeller, der er videns-/evidensbaserede. Der kan med fordel gøres brug af erfaringer fra andre lande, der har afprøvet sådanne modeller i længere tid, såsom Holland.
- Udvikling og afprøvning af indsatser, hvor man uddanner arbejdsmiljø- og arbejdsmarkedseksperter til brug i TTA-indsatser som i Holland.
- Udvikling og afprøvning af indsatser, hvor man opkvalificerer medarbejderes og lederes viden, og hvor man udvikler personalepolitikker om håndtering af sygemeldinger som følge af mentale helbredsproblemer.
- Udvikling og afprøvning af indsatser, hvor man rådgiver små og mellemstore virksomheder i arbejdsfastholdelse.

Koordinerede flerstrengede TTA-indsatser

I dette afsnit beskrives de forskellige igangværende og afsluttede danske TTA-indsatser, hvor der indgår en koordinering mellem de vigtigste aktører i TTA-processen som en afgørende del af indsatsen. En oversigt over alle projekterne findes i Tabel 7.1. Der er angivet et nummer ud for det enkelte projekt, som refererer til projektet i teksten. I nedenstående gennemgang er kun udvalgte indsatser omtalt.

KIA- modellen: Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse. Nr. 1, tabel 7.1 (Greve Kommune 2007; Københavns Kommune 2007; Marie Martin 2009; Reiner Rugulies 2009)

Der er flere TTA-indsatser i gang i Danmark, der både koordinerer indsatsen og inddrager en målrettet tværfaglig indsats efter behov. Flere af disse indsatser anvender en såkaldt KIA-model, der står for "Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse". Modellen er tilpasset og videreudviklet til sygemeldte med mentale helbredsproblemer (Kilsgaard et al. 2006) efter gode resultater fra et projekt i det tidligere Vejle Amt rettet mod sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Metoden udbydes eksempelvis af det private konsulentfirma KIApro, men også andre aktører tilbyder denne model.

KIA-modellen består af en tværfaglig og fasespecifik intervention, der tager udgangspunkt i den sygemeldtes vilkår og behov. Først modtager den sygemeldte en grundig udredning af sin arbejdsevne og sit funktionsniveau. Herefter planlægges det, hvilke tværfaglige interventioner der er behov for, hvorefter en målrettet rehabiliteringsindsats iværksættes. Derudover koordineres indsatsen således, at alle relevante aktører i TTA-processen inddrages.

I 2007 fik fem kommuner/kommunesammenslutninger (København, Vendsyssel, Middelfart og Aalborg samt Køge Bugt, der inkluderer Greve, Solrød og Lejre) støtte fra Forebyggelsesfonden til at gennemføre et projekt, hvor man anvender KIA-modellen til sygemeldte med forskellige helbredsproblemer. To af kommunerne bruger udelukkende KIA-modellen til sygemeldte med psykiske helbredsproblemer (København og Køge). Kommunerne står for planlægning og implementering af projektet, mens Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA, står for den eksterne evaluering af projektet. Det har ikke i projektet været muligt at foretage en tilfældig inddeling af deltagere i en interventions- og kontrolgruppe (randomisering), men det har været muligt at inddrage en sammenlignelig referencegruppe, så resultaterne kan sammenlignes med sygemeldte med mentale helbredsproblemer, der modtager den sædvanlige kommunale TTA-indsats. Der foreligger endnu ikke resultater fra dette projekt.

Derudover har Gribskov Kommune taget initiativ til i samarbejde med andre kommuner at lave en lignende indsats (nr. 2)(Jobcenter Gribskov 2008). Denne indsats er afgrænset til sygemeldte med stress og depression. Af projektbeskrivelsen fremgår det, at resultaterne fra projektet vil blive evalueret internt ved hjælp af før/efter-evaluering i forhold til TTA-målene.

Det Store TTA-projekt. Nr. 3, tabel 7.1 (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2010; Andersen MF 2010)

Det Store TTA-projekt igangsættes 1. april 2010 og er det største TTA-projekt i dansk regi nogensinde. Det involverer 22 kommuners håndtering af sygemeldte med mentale eller fysiske helbredsproblemer. Projektet koordineres af et sekretariat på NFA.

Ligesom i KIA-modellen lægger Det Store TTA-projekt vægt på tre forhold: 1) Tidlig, 2) Tværfaglig og 3) Koordineret indsats. De medvirkende kommuner visiterer sygemeldte uanset diagnose til en TTA-koordinator, der får ansvaret for at inddrage relevante aktører og tværfaglig rehabiliteringsindsats efter behov. Deltagerkommunerne skal etablere såkaldte tværfaglige TTA-team, der består af mindst én psykolog samt én person, der har en baggrund inden for arbejdsfysiologi og rehabilitering, for eksempel en fysioterapeut eller en ergoterapeut. TTA-teamet skal sikre en ordentlig udredning af den sygemeldte. Ud over udredningen af den sygemeldte skal TTA-teamet sammen med TTA-koordinatoren lægge TTA-handlingsplaner for den sygemeldte. Herudover skal TTA-teamet i vidt omfang indgå i kontakten med arbejdspladsen. Endelig skal TTA-teamet tilbyde rådgivning og understøttelse af den sygemeldte. Dette vil ske såvel individuelt som for grupper af sygemeldte.

Desuden skal kommunerne lave aftaler med såkaldte kliniske enheder, som skal kunne levere lægefaglig rådgivning og udredninger inden for psykiatri samt ét af følgende specialer: arbejdsmedicin, socialmedicin, almen medicin.

I Det Store TTA-projekt er det gennem lodtrækning afgjort, hvilke kommuner der skal gennemføre den nye TTA-indsats, og hvilke kommuner der er kontrolkommuner, og som – i første omgang – skal anvende deres hidtidige indsats over for sygemeldte. I projektet medvirker som nævnt personer, der er sygemeldt af enten fysiske eller psykiske årsager. Det er dermed muligt at undersøge, om indsatsen giver forskellige resultater, alt efter om den sygemeldte har psykiske eller fysiske problemstillinger. Dermed bliver det muligt at belyse spørgsmålet om, hvorvidt erfaringer fra TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær kan overføres til sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Resultaterne af projektet forventes tidligst i 2012.

PPclinic/Psykiatrisk Privat klinik. Nr. 4, tabel 7.1 (Baum et al. 2007)

PPclinic er en psykiatrisk klinik, der leverer psykiatrisk behandling i privat regi. PPclinic har stået for et projekt, der evaluerer effekten af en intensiv og hurtig behandlings- og TTA-indsats for 200 sygemeldte med depression. Deltagerne modtog behandling i form af kognitiv adfærdsterapeutisk gruppeterapi efterfulgt af opfølgningssamtaler. Samtalerne bestod af en arbejdsmarkedsrettet indsats, hvor en gradvis tilbagevenden til arbejde blev anbefalet, og arbejdsrelaterede emner blev behandlet i psykoterapien. Koordineringen bestod af et samarbejde med arbejdsgiver om at vende tilbage til arbejdet. Koordineringen var altså ikke den primære del af indsatsen, men projektet er alligevel gennemgået under overskriften "flerstrengede koordinerende indsatser", idet koordineringen er formaliseret og betragtet som en nødvendig del af behandlingsindsatsen. Der er evalueret på effekten af indsatsen i forhold til både helbredsmæssige mål og sygefraværs-mål. De statistiske resultater er suppleret med resultater fra en kvalitativ analyse af alle stakeholders i TTA-processen.

Resultaterne viste, at de sygemeldte deltagere, der mistede deres arbejde, havde haft et signifikant længere sygdomsforløb end de øvrige, før de modtog behandling. Flere af de sygemeldte kunne berette om nedsat funktionsniveau i længere tid op til behandlingsstart, herunder oplevelsen af stress og udvikling af symptomer på depression. En ubehandlet depression førte til sygemelding for mange af deltagerne. Selve sygemeldingen udløste hos de fleste deltagere en yderligere forværring af den psykiske tilstand. Mange af medarbejderne beskrev arbejdet som en struktur, der var med til at opretholde funktionsniveauet og holde styr på symptomerne. Projektet har givet anledning til en række anbefalinger i forhold til depression og arbejdsliv, der sammenfattes i en rapport. Det vigtigste budskab i rapporten er, at en tidlig og intensiv indsats målrettet både depression og tilbagevenden til arbejde er en forudsætning for at kunne fastholde arbejde og forebygge længerevarende sygefravær og en dårlig helbredsmæssig prognose. Arbejdslivet er således en vigtig del af helbredelsesprocessen, hvorfor inddragelse og samarbejde med arbejdspladsen og andre aktører er af afgørende vigtighed i en rehabiliteringsplan. Dette giver en bedre prognose og forebygger således langtidssygefravær og fremmer arbejdsfastholdelse.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at indsatsen i dette projekt ikke afspejler den sædvanlige behandling af depression i Danmark. Sygemeldte medarbejdere i dette projekt modtog behandling i privat regi og havde hermed adgang til psykiatrisk behandling uden ventetid. Dertil kommer, at behandlingen fulgte evidensbaserede retningslinjer, hvorfor alle deltagere også havde adgang til psykologbehandling. Desuden var det en selekteret målgruppe, der

indgår i projektet, idet mange af deltagerne var ledere, hvor arbejdspladsen eller personen selv betalte for behandlingen. Det var således en ret ressourcestærk målgruppe, hvorfor resultaterne ikke umiddelbart kan generaliseres til befolkningen som helhed. Dertil kommer, at der ikke blev anvendt en kontrolgruppe, hvorfor resultaterne ikke med sikkerhed kan tilskrives effekten af den omfattende behandlingsindsats. Ikke desto mindre er det et meget grunddigt og brugbart projekt, der viser, hvordan man kan gennemføre en effektiv TTA-indsats over for medarbejdere med depression med udgangspunkt i både videnskabelig og erfaringsbaseret viden.

Lynghby-Taarbæk Reference. Nr. 5, tabel 7.1 (Lynghby-Taarbæk Kommune 2009) og nr. 6, tabel 7.1 (Karle 2009)

Lynghby-Taarbæk Kommune har indgået et samarbejde med Psykiatrisk Privat Klinik, hvor de med støtte fra Forebyggelsesfonden tilbyder borgere med mentale helbredsproblemer (stress, depression, angst, bipolar lidelse, OCD) en behandlingsindsats som beskrevet i afsnittet ovenfor. Arbejdspladsen indruges i denne indsats målrettet, således at borgere og virksomheder kan modtage rådgivning, når TTA-forløbet skal planlægges. Derudover bliver der lavet en indsats for at øge sagsbehandlernes viden om mentale helbredsproblemer. Der er endnu kun lavet en intern midtvejsevaluering. Resultaterne sammenlignes ikke med en kontrolgruppe. Der henvises til dataudtrækningskemaet for flere detaljer.

Aalborg Kommune. Nr. 7, tabel 7.1 (Johansen 2007)

Derudover er der lignende igangværende projekter med andre leverandører i Aalborg Kommune og andre igangværende projekter med forskellige tværfaglige indsatser og koordinering: Reference nr. 7-10 (Jobcenter Silkeborg Kommune 2008; Zoom 2008; Akademikernes Arbejdsløshedskasse 2009; Horsens og Hedensted Kommuner 2007).

Lander. Nr. 11, tabel 7.2 (Lander et al. 2009; Lander et al. 2009) og Nr. 12, tabel 7.1 (Lander et al. 2006)

Lander et al. har i to videnskabelige artikler fra 2009 beskrevet en rehabiliteringsindsats i arbejdsmedicinsk regi for sygemeldte med stress. Interventionen bestod af individuel "stress management" varetaget af en psykolog og inddragelse af en arbejdsmediciner efter behov. Derudover blev der foretaget en koordinering i form af rundbordssamtaler med socialrådgiver, arbejdsgiver og evt. psykolog. Den praktiserende læge blev også involveret. Der blev anvendt et kontrolleret design med sammenlignelige deltagere i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppe, idet interventions- og kontrolgruppen blev matchet, så deltagerne så vidt muligt var identiske i forhold til køn, alder, selvangivet diagnose og medlemskab af fagforening.

Resultaterne viste, at interventionen ikke forkortede sygefraværet i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. 80 % af alle sygemeldte vendte tilbage til arbejde efter et år. Ved tremånedersopfølgningen foretaget for deltagere i interventionsgruppen (svarprocent = 92 %) svarede 77 %, at de havde fået det bedre psykisk, 21 % svarede, at deres tilstand var uforandret, og 2 % svarede, at de havde fået det dårligere. Da deltagere i kontrolgruppen ikke blev spurgt om det samme, er det imidlertid vanskeligt at konkludere, i hvilken grad forandringerne kan tilskrives interventionen. På trods af de matchende grupper savnes der oplysninger om potentielle forskelle mellem deltagerne i de to grupper, hvilket gør konklusionen usikker.

Lander et al. konkluderer, at der ingen signifikant forskel var på tidspunktet for tilbagevenden for de to grupper til trods for, at deltagerne i interventionsgruppen var positive over for indsatsen: 90 % af deltagerne var i høj eller nogen grad tilfredse med forløbet på den arbejdsmedicinske klinik.

En lignende indsats er blevet foretaget i arbejdsmedicinsk regi i Skive, Reference Nr. 13; (Kirkeskov et al. 2007). Her blev 65 % af 101 medarbejdere fastholdt i arbejde. Der anvendtes ikke kontrolgruppe i evalueringen.

Der er også foretaget en intensiv indsats i socialmedicinsk regi i Århus Kommune, Reference Nr. 14 (Andersen 2009). Der foreligger dog endnu kun en foreløbig før/efter-evaluering på et mindre antal sygemeldte borgere, og indsatsen vil således ikke blive beskrevet nærmere her.

Sammenfatning af koordinerede TTA-indsatser

De danske koordinerede TTA-indsatser er kendetegnet ved at omfatte intensive, målrettede interventioner, der både fokuserer på en arbejdsmæssig og helbredsmæssig rehabilitering. De fleste indsatser foregår i kommunalt regi, og med undtagelse af de kommuner, der samarbejder med forskningsinstitutioner, er evalueringerne ofte interne og mangler i nogle tilfælde helt. Dertil kommer, at de fleste interventioner anvender før/efter-målinger til at måle effekten af interventionen. Da der ikke anvendes kontrolgrupper, er det tvivlsomt, om sådanne evalueringer er pålidelige.

De to større projekter, dvs. KIA-projektet og Det Store TTA-projekt, der samarbejder med forskningsinstitutioner, er begge igangværende. Det ene anvender et randomiseret, kontrolleret design, det andet en referencegruppe. De to

projekter omfatter hhv. fire og 22 kommuner i Danmark og vedrører intensive indsatser for rehabilitering af medarbejdere med sygemeldinger som følge af psykiske og fysiske helbredsproblemer. Når resultaterne fra disse to projekter foreligger, forventer vi, at det vil være muligt at udtrække mere pålidelig information om effekten af TTA-indsatsen i en dansk kontekst.

Et enkelt studie med kontrolgruppe foretaget i arbejdsmedicinsk regi har ikke kunnet påvise nogen effekt af indsatsen på det langvarige sygefravær som følge af stress. Dog må der tages forbehold for resultaterne grundet metodiske problemer.

Psykiatrisk Privat klinik (Nr. 4) har lavet en grundig opgørelse af arbejdsfastholdelse og depression på arbejdsmarkedet i Danmark. Der anvendes før/efter-måling af effekten – dog uden kontrolgruppe. Men kombineret med vurderingen af "best practice" og en omfattende kvalitativ analyse til at underbygge resultaterne, konkluderer denne Hvidbog, at rapportens anbefalinger er brugbare, når det gælder forebyggelse af langvarigt sygefravær, arbejdsopmærksomhed og dårlig helbredsstatus. Følgende konklusioner er brugbare i en dansk kontekst:

- Tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen.
- Inddragelse af arbejdspladsen i rehabiliteringsforløbet.
- Arbejdet kan i forhold til depression betragtes som en faktor, der for nogle kan være med til at opretholde en struktur i dagligdagen, med forbehold for de tilfælde hvor de mentale helbredsproblemer er arbejdsrelaterede.

Tabel 7.1. Dataudtrækning af koordinerede, flerstrengede, danske indsatser

Opdrags giver, sted, rapportform, år	Design og TTA- relaterede formål	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evalueringemetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OB5
Nr. 1 Projektskridter fra Forbyggelsesfonden, Københavns Kommune, 2007, Greve Kommune, 2007, Reiner Rugulies Projektskridter, Det Nationale Arbejdsmiljø 2009, Marie Martin, ph.d. Projektskridter, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2009	Evaluerer af fem forskellge interventionsprojekter. Kontrolleret design med interventions- og referencegruppe. Followup 9 mdr. Har indsatseffekt på TTA, sygefravær og helbred? Udvikling af modeller og metoder til evaluering af tværfaglige indsatser for målgruppen.	2 kommuner: Køge, Bugt og København Kommune Ca. 800 sygemeldte borgere med almindelige mentale helbredsproblemer. (Stress, udbrændthed og depression). 3 kommuner: Vendsyssel, Midtjylland og Ålborg sygemeldte borgere med muskel-skelet-bevar. Referencegruppe: Sammenlignelige borgere fra samme kommuner	IG: KIA model Tre elementer: 1. Udredning (work disability screening) 2. Tværfaglig rehabilitering (spørgeskema) 3. Indsats, hvor rehabiliteringsplan implementeres, koordinering af indsats med alle aktører i TTA- proces, RG: Almindelig kommunal sagsbehandling	Effekt evaluering baselne og followup: Tid til TTA (register) Symptomer (spørgeskema) Sygefravær (register) Procesevaluering: Interventionsprotokoller. Observationer af intervention. Kvalitative interviews med interventionsteam, kommunale sagsbehandlere og borgere	Resultater forventes af foreligge i 2012	Stor population, intensiv TTA- indsats, evidensbaseret interventionsmodel, referencegruppe	
Nr. 2 Jobcenter Gribskov, Projektskridter, 2008	Projekt om at nedbringe sygefravær i samarbejde med KI/Apro. Design ikke nærmere angivet	Ca. 200 sygemeldte med lettere psykiske helbredsproblemer (stress, depression og udbrændthed)	KIA-model ellers ikke nærmere uddybet	Kvalitativ og kvantitativ analyse (ikke nærmere angivet)	August 2008-11 indgås rammeafale med forskellige kommuner	Endnu ikke fastlagt metode	
Nr. 3 Det store TTA-projekt, Projektskridter, 2009 Andersen M.F., ph.d. projektskridter, 2010	Nedbringe LT sygefravær og fremme hurtig og varig TTA for borgere med psykiske og fysiske helbredsproblemer. RCT af 22 kommuner i IG og KG 2 års followup	Sygemeldte >8 uger fra kategori 2 (Risiko for udstødning af arbejdsmarkedet) med fysiske og psykiske helbredsproblemer. IG: Borgere fra 13 udvalgte kommuner og KG	IG: Flere indsatser: 1. Tidlig indsats: > 8 uger visiteres borgere til TTA- koordinator/team 2. Koordinering med aktører v. TTA- koordinatorer 3. Tværfaglig udredning. Team. (psykolog, psykiatri, arbejds-/social-/almenmedicin) KG: sædvanlig kommunal indsats	Evalueringens form endnu ikke offentliggjort. Data fra register: DREAM og kommuner Outcomes: Sygefravær Varig TTA Helbredsmaessige mål	Forventes af foreligge 2012	RCT, stor population. Kan opføre forskelle i psykisk og somatisk helbredsproblematik	
Nr. 4 Baum et al., Psykiatrisk privatklinik og Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2007	Finde nye metoder til fastholdelse af depressionssamtale i beskæftigelse eller TTA for folk uden arbejde og give anbefalinger. Før/efter evaluering Kvalitativ analyse	Depressive i behandling på psykiatrisk privat klinik (N=200). Alle har arbejde, heraf 86 sygemeldte (behandling selv-/forstyrrelses-/arbejdsgrverfinansieret). Aktører i behandlings- og TTA- processen: depressionsramte, arbejdsgivere, sygedagbeholdninger, fagforeninger, tillidsvalninger og behandlere fra repræsentanter og behandlere fra to udvalgte kommuner (København nord og vest)	1. Psykiatrisk behandling: Udredning Evidens-baseret behandling. Psykiateri CBT og/eller medikamentel behandling. Behandlingslængde 2-4 måneder afhængigt af omfang og sværhedsgrad af symptomer Inddrager 2. Arbejdsmarkedsrelaterede aktiviteter i TTA ved delvis sygemelding, fokus på arbejdsrelaterede problemer	Gennemgang og systematisering af behandlingsforløb af psykiatrisk behandlingsansvarlig og kvalitative interviews med centrale aktører. Før- og efter-måling: Symptomer og funktions- evne GAF-F, GAF-S, medicinsk behandling. Varighed af sygefravær i	80 % fastholdt samme arbejde efter endt behandling. Deltagere der ufri-villigt mistede arbejde havde signifikant længere sygefravær end dem der fastholdt arbejde. Jo sværere symptomer, jo større sandsynlighed for at miste sit arbejde (signifikant). Al mest betydning var længden af sygefravær inden påbe-	Ingen KG men overvejes af bias, stor population. Kvalitativ analyse: Understøtter kvantitative analyser. Praktiskbaserede anbefalinger. Tydelig og gennemskuelig metode	

Opdrags giver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formal	Målgruppe, antal deltagere, typer af faldelser	Intervention	Evalueringemetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 5 og 6 Lyngby-Taarbæk Kommune/ Social og Sundhedsforvaltnin-gen Job og Social Service Slab. Intern evaluering, 2009	Evaluering af projekt: Evaluere hvorvidt be-handling og forskellige arbejdsrelaterede og koordinerede indsatser fører til øget TTA. Projektet er endnu ikke afsluttet.	Depression/stress 18 borgere, heraf 15 sygemeldte	1. Gruppeterapi (PT klinik) 8 uger inkl. opfølgningssamtaler med 3 mdr. interval. 2. Arbejdsplads: Gradvist TTA. Bæver kontakt til arbejds-plads eller arbejdsprøves, arbejdsplan mlp. 3. Koordinering: arbejdsplads, sagsbehandler og borgere ved hjælp af rundbordsamtaler, koordinering af behandling med praktiserende læger. 4. Personaletræning: Sagsbe-handlere og virksomheds-konsulenter viden om depres-sion: 1 seminar v. psykiater	Før- og efter-måling TTA (data fra forvaltnin-g). Depressive symptomer (BDI). Angstniveau (Beck angstskala). Livskvalitet (WHO-5). Sværdhedsgrad af sym-ptomer (GAF-S). Funktionsniveau (GAF-F)	Foreløbig evaluering (fore-taget v. 2-3 måneder efter gruppeforløb: 73 % er tilbage i arbejde, jobsøgende eller rask-meldte. Psykisk vurdering: Generel bedring af alle deltagernes helbreds-mæssige tilstand. Jobastholdelse: 4 har bevaret kontakten til arbejdspladsen, 2 del-tagere har fået nyt arbej-de, 6 deltagere i gang med arbejdsprøvning, 3 deltagere ikke gennem-ført arbejdsprøvning	under sygdoms-forløbet er en found-sætning for at fast-holde arbejde.	Lille population Ingen kontrol-gruppe
Nr. 6 Karle (2009) Jobcenter Lyngby-Taarbæk. Projektsansøgning til Forebyggelsesfonden, 2009	Indsats kan hjælpe syge-meldte TTA: Mål ved før/efter evalu-ering: 85 % gennemfører 80 % TTA senest 4 uger efter afslutning af grup-peforløb. 70 % beskæftigelsesstillag senest 4 uger efter afslut-nig af gruppeforløb	Sygemeldte med stress, angst, de-pression, bipolar lidelse og OCD. Sygemeldte i og uden beskæfti-gelse. (10 gruppeforløb m. 10 deltagere = 100). Visiteres af jobcentre	1. Koordinering: Virksomhedskonsulent, rund-bordsamtaler med alle aktø-rer. 2. Behandling: Ind. og grup-peforløb (CBT og ACT) Psy-kiater/psykolog, optræning af arbejdsøvrne, kost, motion og afspænding, 3 dage ugentligt a 4 timer. 3. Støttecenter: telefonisk hot-line for borgere og arbejds-givere	Kvantitative data iht. opstillede mål. Andel af borgere TTA. Kvalitative interviews med aktører	Foreligger endnu ikke	Ingen kontrol-gruppe. Omfattende projekt	Ingen kontrol-gruppe
Nr. 7 Familie- og Beskæfti-gelsesforvaltningen i Aalborg Kommune, Projektskrivelse fra Forebyggelsesfonden, 2007	Nedbringe sygefravær. Forbedre psykisk arbejds-miljø. Ved individuel- og arbejdspladsindsats. Formål v. før/efter evalu-ering: 2/3 fastholder ar-bejdsmarkestdilknyming, 75 % oplever fald i stress-symptomer, 75 % udarbej-	Sygemeldte med stress, henvis fra egen læge efter maks. 4 ugers sygemelding eller jobcenter efter maks. 8 ugers sygemelding	1. Tværfaglige indsatser: CBT individuelt og i gruppe. 2. Forebyggelse vha. stress-politikker og viden til job-centre og praktiserende læger. 3. Koordinering: samarbejde med arbejdsplads vha. rund-bordsamtaler	Kvantitativ intern value-ring iht. opstillede mål.	Foreligger endnu ikke.	Foreligger endnu ikke.	Ingen kontrol-gruppe

Opdrags giver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formål	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evalueringmetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 8 Rask tilbage, AAK, København. Ansøgningskema til det lokale beskæftigelsesråd, Jobcenter København, 2009	Udviklingsprojekt med tre parallelle mål: Hurtigere TTA. Bedre samarbejdsrelationer A-kasser, jobcentre samt lokale aktører i TTA-proces med henblik på hurtigere raskmeldelse og TTA	Sygemeldte med stress, depressioner og psykiske lidelser	1. Tverrfaglige indsatser: A-kasser: 1 samtale ugentlig a 45 min. Hurtig dialog med sygemeldte 4-6 uger af sygdomsperioden 2. Gruppeterapi: 1 x ugentlig fysisk og psykisk arbejdsmiljø, stress, depression, fysisk form, ernæring m.m. med forskellige tverrfaglige professionelle. 3. Koordinering af lokale aktørers indsats. 4. Andre indsatser: Praktisk, virksomhedsrettet vejledning, dialog med arbejdsgiver om jobmodifikation, jobklubber m.m.	Før/efter-måling. Hurtigere raskmeldelse. Hurtigere TTA. Data fra raskmeldingsstatistikker	Foreligger endnu ikke	Foreligger endnu ikke	Ingen kontrol-gruppe. Omløftende projekt
Nr. 9 Tverrfaglig Arbejdsfastholdelses Team. Horsens og Hedensted Kommuner. Projektbeskrivelse Forebyggelsesfonden 2007	Styrke samarbejde mellem sundhedsfrøende, behandlere og beskæftigelsesrettet indsats	100 stress- og depressionramte sygedagpengemodtagere	1. Koordinering med virksomhed, læger og A-kasse. Individuel forløbskoordination Udarbejdelse af handlingsplan. 2. Tverrfaglig udredning 3. Individuel coaching ved erhvervspsykolog 4. Aktivisering, mødeløst i lokale	Foreligger ikke			Evalueringsform ikke angivet
Nr. 10 Jobcenter Silkeborg Kommune. Holdindsats i kampen mod stress. Projektbeskrivelse samt artikel i Zoom, december 2008.	Styrke samarbejde mellem kommunen og praktiserende læger. Øget antal delvis sygemeldinger, hurtig indsats fra kommunen og forbedret kommunikation via kontaktperson. Effektivisere sagstoriøbet med sygemeldte med psykiske lidelser. Reducere sygedagpengeperioden. For-/eftervurdering	Sygemeldte med stress eller depression Repræsentanter fra Silkeborg Kommune, A-kasserne og faglige organisationer og 10 praktiserende læger	1. Temamøder med fokus på at nedbringe psykisk betinget sygefravær og delvis sygemelding med repræsentanter fra A-kasserne, Silkeborg Kommune og almen praksis 2. Koordinering: Inddragning af relevante samarbejdspartnere 3. Tidlig indsats i form af dialog med sygemeldte og arbejdsgiver ift. TTA. Dialog med læge 4. Omorganisering af arbejds-gange: Enkelte sagsbehandlere i teamet specialiserer sig i psykiske helbredsproblema-	Observation af sagstoriøbet, medarbejders metodegang og faktiske ændringer i organisationsstruktur. Erfaringer af aktørers udbytte og spørgeskema til praktiserende læger. Statistiske opgørelser over udviklingen, fx brug af delvis sygemeldinger. Sygedagpengeperiode i antal dage/gennemsnit	Foreligger endnu ikke		Uklart hvordan koordinationen foregår. Ingen kontrol-gruppe Svært at evaluere på

Opdrags giver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formal	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evalueringmetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 11 Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? Lander, Flemming, Frøche, Claus, Torne mand, Helle, Andersen, Johan H, Kirkeskov, L. Artikel i: BMC Public Health 2009, 9:572	Formål: Kan man fremme TTA hos sygemeldte med stressrelaterede lidelser gennem forløb hos psyko log og socialrådgiver? Kontrolleret design IG og KG matching af køn, alder, diagnose, fagforening	Deltagere: 161. IG = 72. KG = 89. Ink-Sygemeldte med distress, arbejdsaktive. Eks: alvorlige men tale lidelser, misbrug.	IG: To typer indsatte: 1. Behandling, individuelt stressmanagement v. psyko log, fokus på genoptagelse af arbejdet. Deltagere modtager i gns. 4-5 sessioner i en periode på gns. 1,6 mdr. 2. Koordination. Socialrådgiver og/eller psykolog deltager i rundbordsamtaler med arbejdspladsen og kontakter praktiserende læge.	Tidspunkt for raskmel ding indhentes fra DREAM-database.	Der er ingen signifikant forskel på tidspunkt for tilbagevenden til arbejds markedet mellem de to grupper.	Interventionen for korter ikke tidspunkt for tilbagevenden til arbejds markedet hos sygemeldte med distress.	Svarer oplysninger om svarergrad og psykiske helbred fra de to grupper. KG adskiller sig ikke væsentligt fra IG
Nr. 12 "Stressbehandling, sygefravær og arbejdsfastholdelse" Lander, Flemming, Frøche Claus, Knudsen, Hugo. Artikel i Ugeskrift for Læger 168/47, 20. november 2006	Gennemgang af patient-journaler fra perioden 1996-2004. Analyse af prædiktors prognostiske betydning for sygefravær og arbejds evne	N=220 stressbelastede belastningsreaktioner heraf 116 sygemeldte visiteret til AMK Skive, læge, kommunal sugsbehandler eller virksomhed. Personer indgår i analysen ved påbegyndelse af forløbet	Samme som ovenstående KG: Sædvanlig behandling	Gennemgang af patientjournaler	Stigning i andel af henvisne fra offentlig sektor. Median behandlingstid = 144 dage. 62 % er efter behandlingsforløbet fastholdt på arbejdsmarkedet.	Personlig støtte med fokus på arbejdsfastholdelse afhjælper stress og forbedrer arbejds evne Psykofarmakologisk behandling kan indikere behov for langerevarende rehabiliteringsperiode	Samme
Nr. 13 "Bedre samarbejde - hurtig indsats i et projekt om arbejdsfastholdelse" Kirkeskov, Lille, Lander, Flemming, Frøche, Claus, Torne mand, Helle, AMK Skive, 2007 Rapport	At styrke fastholdelsesindsatsen ved at udvikle nye samarbejds metoder og en hurtigere indsats. Før/efter-evaluering	Personer udsat for psyko-social belastning, 73 % er sygemeldt ved henvisningstidspunkt	1. Tværfaglig arbejdspsyko logisk støtte (cirka 5 sessioner) 2. Udførelse af en "skæbneforløb"-atlas (muligheds erklæring) af arbejdsplads og læge	Spørgeskema, data fra DREAM, interviews med en række aktører, gennemgang af patientjournaler samt projektmateriale egne betragtninger	Resultater baseret på 101 afsluttede forløb: Median behandlingstid og antal konsultationer = 20 uger Ved afslutning af forløbet: 65 % er raskmeldte og fastholdt på arbejds markedet (57 i ordinær beskæftigelse) 2) Skåneforslaget blev anvendt 28 gange, som var langt færre end forventet	Ingen KG.	
Nr. 14 Depression og arbejde - fornyelse af til bagefald og udsædel-	Sygemeldte med depression hurtigere TTA efter indsats, sammenlignet med dem, der ikke gør	60-70 sygemeldte med let til moderat depression i risiko for udsædel ses af arbejdsmarkedet. Visitation via sagsbehandler Århus	1. Gruppetræf på 16 x hver uge a to timer, (9 deltagere i en gruppe). Stresshåndtering, kognitive metoder mhp. At	MDI Ændring: Ikke kontrol gruppe, men fokus gruppe og evalueringssinter-	v. 2009 midlertidig evaluering, 47 deltagere: 71 arbejds (Resterende i uddannelse, fleksjob, i	Arbejdsmæssig af klaring reducerer stressbelastning og lavere risiko for	Omløftende projekt. Ingen kontrol gruppe

Opdrags giver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formul	Målgruppe, antal deltagere, typer af faldelser	Intervention	Evalueringemetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
se. Aarhus Kommune og Socialtjenesteinstitution. Projektbeskrivelse	det. Deltagere får i mindre grad tilbagefald og har mindre sygefravær. Høj tilfredshed blandt deltagere. Før-/efter-evaluering	Kommune	1. tackle symptomer og TTA. To psykologer 2. TTA v. virksomhedskonsulent, evt. virksomhedspraktik. 3. Koordinering med deltagere, gruppeledere og virksomhedskonsulenter	views og spørgeskemaundersøgelse	virksomhedspraktik, praktiksygefravær, pension, kontanthjælp, forlængelse af sygemelding, yderligere arbejdsmarkedsafklaring) Børgere tilfredse Uklaret arbejdsmæssig situation hæmmer rehabiliteringsprocessen.	tilbagefald, Ellers endelig evaluering og konklusion endnu ikke afsluttet	
Forkortelser: ACT: Acceptance and commitment therapy CBT: Cognitive behavioural therapy GAF-E: Global Assessment of functioning, funktionsniveau GAF-S: Global Assessment of functioning, sværhedsgrad af psykiske symptomer IP: Forlængelse af sygemelding IG: Interventionsgruppe KG: Kontrolgruppe KIA: Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse MDI: The Major Depression Index NFA: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø RG: Referentegruppe							

Flerstrengede TTA-indsatser uden koordinering

I dette afsnit beskrives de igangværende og/eller afsluttede danske, flerstrengede TTA-indsatser uden koordinering. En oversigt over projekterne findes i dataudtrækningsskemaet i Tabel 2. Der er angivet et nummer ud for hvert enkelt projekt, som refererer til projekterne i teksten.

Arbejdsmedicinsk regi

Der er gennemført to TTA-projekter med flerstrengede interventioner uden koordinering i arbejdsmedicinsk regi. Det ene projekt – Nr. 16 – er igangværende (Arbejdsmedicinsk Klinik Aalborg 2007), hvorfor det udelukkende er resultaterne fra studie Nr. 15 (Netterstroem et al. 2007), som bliver gennemgået her.

Netterstrøm et al. (2007) har foretaget et pilotstudie med kontrolleret design af en flerstrengt intervention. Formålet var at rehabilitere sygemeldte medarbejdere både helbreds- og arbejdsmæssigt. De sygemeldte i interventionsgruppen deltog i et samtaleforløb med fokus på stress management, copingstrategier, rådgivning om genoptagelse af arbejdet (herunder rådgivning fra socialrådgiver) samt afslapningsøvelser. Resultaterne af denne gruppes behandling blev sammenlignet med en kontrolgruppe bestående af sygemeldte, der kun modtog behandling fra egen praktiserende læge. Det viste sig, at signifikant flere af de deltagere, der havde modtaget den intensive rehabilitering, var i arbejde efter et år (82 %) sammenlignet med kontrolgruppen (42 %). Netterstrøm et al. fremhæver dog selv flere metodiske problemer ved tolkningen af resultaterne: Deltagere i interventionsgruppen kan forventes at være forskellige fra deltagere i kontrolgruppen: 50 % i interventionsgruppen var henvist af arbejdsgiver, 30 % af et forsikringsselskab og 20 % af kommunen eller var selvbetalere, mens alle i kontrolgruppen var henvist af egen læge. Det kan forventes, mener Netterstrøm et al., at arbejdspladsen er mere motiveret for at fastholde medarbejderen, når arbejdspladsen selv har valgt at betale for forløbet. Det kan derfor have været nemmere for sygemeldte i interventionsgruppen at holde kontakten til arbejdspladsen og få gennemført arbejdsmodifikationer og ændringer af arbejdsforholdene. Netterstrøm et al. konkluderer desuden, at genvinding af den fulde arbejdssevne og en forbedring af symptomerne tager mange måneder.

Kommunale projekter med støtte fra fonde

Der er med støtte fra Forebyggelsesfonden gennemført forskellige projekter i kommunalt regi. Disse gennemfører tværfaglige interventioner i forskellige kombinationer. Der er fx rehabilitering i naturen, coaching, rådgivning

af virksomheder, mentorordning til unge. Reference Nr. 17-20 (Jobcenter Gladsaxe 2009; Arbejdsmarkedscenter syd 2008; CBR – Randers Center for Beskæftigelse 2007; Social og Arbejdsmarked Fåborg/Midtfyn 2009). Ingen af beskrivelserne af disse projekter har tilstrækkelig detaljerede beskrivelser af evalueringerne og vil derfor ikke blive gennemgået nærmere her.

Undervisning i kombination med arbejdsmarkedsrettede aktiviteter

Flere projekter centrerer TTA-indsatsen omkring undervisning suppleret med aktiviteter, der har til formål at forberede deltagere til arbejdsmarkedet. Reference Nr. 20-25 (Allesøe & Johansen BD 2008; Højmark EB 2005; Jobcenter Midtby 2010; Center for kompetence og beskæftigelse 2009; Jobcenter Hillerød 2009). Projekterne omfatter primært sygemeldte med stress og/eller depression. Undervisning i et enkelt projekt (Nr. 25) kan betegnes som psykoedukation, mens andre projekter underviser i mere almen sundhedsfremme, såsom kost, motion og psykosomatiske forhold i kombination med praktikophold. Det fremgår ikke af projektbeskrivelserne, om deltagerne også modtager målrettet behandling af deres specifikke mentale helbredsproblemer. Projekterne anvender før/efter-evalueringer, men ingen kontrolgruppe, hvilket gør det svært at tolke effekten af aktiviteterne. Dog konkluderer flere projekter, at omfanget og sværhedsgraden af symptomerne hos deltagerne gør det sværere end forventet at rehabilitere de sygemeldte til arbejdet.

Sammenfatning af flerstrengede danske TTA-indsatser

De fleste flerstrengede indsatser er målrettet sygemeldte medarbejdere med stress eller depression. Indsatserne omhandler både det specifikke psykiske helbredsproblem og tilbagevenden til arbejde/arbejdsmarkedet. I et enkelt pilotstudie foretaget i arbejdsmedicinsk regi sås gode resultater på baggrund af en intensiv behandlingsindsats. De øvrige projekter har ikke anvendt kontrolgrupper, hvilket gør resultaterne usikre, men det må antages, at generel sundhedsfremme ikke i sig selv er tilstrækkeligt til at forbedre det specifikke mentale helbredsproblem og angiveligt heller ikke har en effekt på sygefravær eller risikoen for arbejdsophør. Dog kan generel sundhedsfremme have en effekt på den generelle mentale sundhedstilstand.

Tabel 7.2. Dataudtrækning af projekter, der anvender flerstrengede indsatser uden koordinering

Titel, opdrags giver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formål	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evalueringsmetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 15 Stressklinik Netterstrom et al. Arbejdsmedicinsk Klinik og Psykiatrik Sygehus, Hillerød. Artikel i Ugeskrift for Læger, 2007	Pilotstudium med IG og KG followup 1 år. Formålet er at udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for langvarigt stressede personer	IG = 56, KG = 24. Erhvervsaktive personer med arbejdsrelateret længerevarende belastnings-tilstand	IG: Tre typer intervention 1. Behandling af stress. Samtaler, afslapningsøvelser, motion, hjemmopgaver. 4 mdr. Antal samtaler: gns. 6. 2. Arbejdspladskontakt (evt.) 3. psykiatrisk udredning og behandling (evt.) Henviser betaler forløbet. KG: to lægesamtaler med 4 mdr.s mellemrum. Personer i KG var henvist af egen læge	Fysiske og fysiologiske målinger 4, 12 mdr. Spørgeskema: SF-36s generelle del, stress-symptomer, selv vurderet helbred, MDI	82 % i IG mod 42 % i KG var i arbejde efter et år. Forskellen er signifikant. Stress-symptomer og selv vurderet helbred var ikke signifikant forskelligt grupperne imellem. Prævalensen af depression var signifikant lavere blandt IG (4 %) end KG (40 %) efter et år. Ingen signifikant forskel mellem grupperne på de fysiske og fysiologiske målinger	Et flerstrengt stresshåndteringsprogram er mere effektivt end sædvanlig behandling i relation til TTA. Genvinding af arbejdsevne og symptombedring tager mange måneder	50 % i IG var henvist af arbejdsgiver, kontaktede TTA. Genvinding af arbejdsevne og symptombedring tager mange måneder af arbejdsfritid rhodene nemmere
Nr. 16 Projekt Stress-sygemeldt – tilbage til arbejdet. Projektbeskrivels e, AMK Aalborg, 2007	Kontrolleret design: 50% i IG og KG med follow up efter 2,5 år Formål: Hurtigt TTA ved tidlig og hurtig indsats. Bedre arbejdsfastholdelse, reduceret stress symptomer, flere virksomheder stresspolitik	Stress-sygemeldte i beskæftigelse. 320 pr. år. Henvises fra egen læge efter højest 4 uger eller fra jobcentret efter højest 8 uger.	IG: 3 typer intervention 1. Individuel og gruppebehandling samt inddragelse af nærmeste leder. CBT. 2. Tværfaglig indsats ved psykologer, socialrådgiver og alspændingspædagog. Arbejdsmedicinsk viden inddrages ved behov. 3. Stresspolitik: Implementering på arbejdspladsen KG: Sædvanlig behandling	Spørgeskemaer til sygemeldte, opfølgning i DREAM, stress-symptomer måles med Seyles stresstest samt Lazarus coping-test	Projektet forventes afsluttet i 2012		Kontrolgruppe

Titel, opdragsgiver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formal	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evalueringmetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 17 Center for forebyggelse og bevagelse, Social og Arbejdsmarked, Fåborg/Midtlyn. Projektbeskrivelse Forebyggelsesfonden. 2009	Formål: Sygemeldte fastholder arbejdsmarkeds-perspektiv og hurtig TTA. Succeskriterier: Mindst 80 % TTA. Mindst 90% bedre selv vurderet helbred. Færre FP	Sygedagpenge over 10 uger. Diffuse lidelser af fysisk og psykisk karakter uden objektivt lægeligt fund	Fire typer intervention: 1. Tverrfaglig indsats. 2. Internatophold. 3. Helbredsafklarende team med undervisning i arbejdsmarkedsforhold. 4. Fysisk aktivitet/motion	Ikke angivet			Design og Evaluering uklar
Nr. 18 Mariendals haver. Arbejdsmarkedscenarier Syd. Århus. Projektbeskrivelse Forebyggelsesfonden 2008	Formål: Udvikle redskaber til kvantitativ og kvalitativ evaluering og udarbejdelse af manual af tilbud til stressramte. Design: To IG og case-kontrol.	Alvorligt stressramte i Århus Kommune (case-control sygemeldte i Århus Kommune: diagnose, demografiske parametre)	IG: Tre typer intervention: 1. Mariendals haver: Aktiv anvendelse af naturen 2. Mindfulness 3. Arbejdsmæssig afklaring og hjælp til etablering i job IG: Stressmestringstilbud på arbejdsmarkedscenter	Kvantitative mål: Psykologiske udfaldsmål vha. spørgeskemaer ved 0, 3, 6 og 18 mdr. Arbejdsmarkedstillknytning: DREAM-database. Kvalitativ evaluering: deltager-interviews ved 3 mdr.			
Nr. 19 Fodfæste på ny. CBR – Randers Center for Beskæftigelse. Projektbeskrivelse fra Forebyggelsesfonden 2007	Fastholde stress- og/eller depressionsramte ved en forbedret rehabiliterings- og forebyggelsesindsats	70 sygemeldte med stress og/eller lettere depression. Virksomheder, der har medarbejdere med psykiske lidelser	Fire typer indsatser: 1. Praktikophold på naturskole. 2. Individuel coaching (CBT-principper). 3. Rådgivning af virksomheder: håndtering af stress og rummeligt arbejdsmarked. 4. Uddannelse af mentorer på virksomheder	Ikke angivet			

Titel, opdragsgiver, sted, rapportform, år	Design og TTA-relaterede formål	Målgruppe, antal deltagere, Type af fælles	Intervention	Evalueringsmetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 20 Projekt ung på vej. Jobcenter Gladsaxe. Projektskrivelse Forebyggelsesforløb inden 2009	Fastholde unge på arbejdsmarkedet. Udvikle tværfaglige metoder. 50 % mindre SDP til KHJ. 75 % fastholdes i forløb. 75 % selvforsørgende efter 6 mdr.	Unge 18-29-årige, der er sygemeldte med psykiske problemstillinger	Fire typer interventioner: 1. Intensiv håndholdt indsats i 16 uger. 2. Daglig voksenkontakt og tilpasset individuel indsats i 3. Træfaglig helbredsmæssig afklaring 4. virksomhedspraktik og uddannelse)	Ikke angivet			
Nr. 21. På livet løs – et kursus for mennesker med depression – et EU-socialfondsprojekt. Evalueringsskema ort 2008	Kan et kursusforløb kan hjælpe depressive til TTA? Hindre udstødelse fra arbejdsmarkedet. Ekstern evaluering af kursusforløb for depressive med for/efter-måling	57 Depressive enten sygemeldte eller på kontanthjælp (11 dropout fra kurset). Visitering via Frederiksberg eller Københavns Kommune	To typer interventioner: 1. Kursus 18-20 uger, 16 personer på et hold, dagligt 9-14. Temaer: Afklaring. Personlige ressourcer og kompetencer, fakta om arbejdsmarkedet og fleks, planlægning fremad. 2. Sundhedsfremmende aktiviteter: Motion, afdækning, krop og psyk, haveterapi	Før-/efter-måling. Statusrapporter for de enkelte hold. Kvalitative interviews med tre deltagere. Spørgeskema ved kursusstart og slut. Fem spørgsmål fra WHO's trivselsskema. Self-efficacy (syv spørgsmål, NFA)	Ud af 57: 4 i job/fleksjob, 5 jobsøgende/praktik/arbejdsprøvning. 9 uddannelse: "Medarbejdere med brugererfaring". 31 opkvalificering. 1 barselsorlov, 7 sygemelding WHO: 9 point bedre og depressionsmål faldet. Procesevaluering: Gruppe-deltagere stort udbytte af social interaktion med andre i samme situation	Kurset giver deltagere mod og selvtilid i forhold til aktiv jobsøgning. Realistisk andel TTA ift. sygdomsforløb og sværhedsgrad	Deltagere langt fra arbejdsmarkedet! Ikke KG, ikke taget højde for evt. bias ved før-/efter-måling
Nr. 22 Evaluering: Projekt Aktiv under sygemelding. Evalueringsskema ort fra Jobcenter Midtby 2008	Vurdere om indsats kan øge trivsel, aktiv deltagelse forkorter sygemeldning	60 sygemeldte <16 uger. Stress, depression, problemer i det psykiske arbejdsmiljø	1. Undervisning i psyken og kroppen. Læger og psykologer. 2. Handlingsrettede aktiviteter. 2-3 uger.	Metode til vurdering ikke angivet	Mindre antal end forventet rasmeldte efter 2 uger efter deltagelse: 13 % (8 ud af 60). Efter 6 uger: (14 ud af 60). 27 % (16 ud af 60) har brug for yderligere foranstaltninger, før de kan vende tilbage igen. Trivsel styrket. Aktiv indsats for selv at forbedre helbred. Bedre arbejdsidentitet	Indsats ikke ændre psykisk mærkbart. Deltagernes sværhedsgrad og varighed overraskende: Hukommelses/koncentrationsproblemer	Evalueringsskemaet ikke klarlagt

Titel, opdrags giver, sted, rapportform, år		Design og TTA-relaterede formål	Målgruppe, antal deltagere, Type af lidelse	Intervention	Evalueringsmetode	Resultater (TTA)	Konklusion	OBS
Nr. 23 Projekt retur til arbejdsmarkedet. Evalueringsrapport fra Reva Trollesbro, 2005		Udvikle TTA-indsatser til borgere med depression	41 sygemeldte med depression, 69 % >1 års ledighed, 59 % andre psykiske lidelser end depression	1. Tværgående undervisnings- og vejledningsforløb: Motion, ernæring, medicin, psykiatri, psykologi (8 uger). 2. Praktiskforløb (3 måneder). Udarbejdelse af jobplan	Statistisk opgørelse af resultatomål, beskæftigelsesstatus eller tilgag, der kommer AM nærmere	80 % afklarede i forhold til AM. Herudaf 20 % videre til ordinær beskæftigelse og 20 % i fleksjob. 20 % brug for yderligere behandling. Resterende pension og revalidering	Indsats brugbar?	Målgruppe langt fra AM. Arbejder kun delvist med TTA
Nr. 24 Det gode grønne Liv. Ansigning fra Center for kompetence og beskæftigelse, til det lokale Beskæftigelsesråd, Jobcenter København, 2009		Mål: 50 % af deltagere starter i arbejde ved hjælp af sundhedsfremmende indsats og 80 % gennemfører 6 mdr.s forløb. Desuden metodeudvikling	100 sygemeldte kontanthjælpsmodtagere med lettere psykiske helbredsproblemer (stress, angst, og let til moderat depression)	Indsats via tre elementer: 1. Sundhedsfremmende aktiviteter, psykisk, fysisk sundhed, livsstil og grønne omgivelser. 2. Undervisning i sundhedsfremme. 3. Praktikaoprøvnig	Ønsker samarbejde med ekstern evalueringsskema eller forskningsinstitut. Ikke nærmere afklaret			Metode ikke nærmere specificeret
Nr. 25. Den arbejdsmarkedso rienterede depressionsskole . Hillerød Kommune. Intern effekt og procesevaluering 2009		Forebygge sygefravær og arbejdsophør. Opkvalificere medarbejdere	Sagsbehandlere i Jobcenter Hillerød. 41 borgere sygemeldte i arbejde/ arbejdsløse. Let til middelsvår depression, 20 sagsbehandlere og medarbejdere i arbejdsmiljø	Tre typer intervention: 1. Borgere undervist i stress og depression (indhold ikke nærmere specificeret) 2. Opfølgningssamtaler v. sagsbehandler. 3. Undervisning til udvalgte medarbejdere	Evalueringsskema (indhold ikke nærmere specificeret). Opfølgende samtaler (indhold ikke nærmere specificeret) MDI	5 point fald i MDI. Stor tilfredshed fra borgere. Sagsbehandlere større viden	Flertallet af borgere havde lange sygdomsforløb bag sig. Metodeudvikle iht. arbejds markedsdelen. Nyt projekt igangsat med justeringer	Uklar metode: Evalueri ng
AM: Arbejdsmarked GAP-F: Global Assessment of functioning, funktionsniveau GAP-S: Global Assessment of functioning, sværhedsgrad af psykiske symptomer FP: Fortidspension CBT: Cognitive behavioural therapy IG: Interventionsgruppe KG: Kontrolgruppe KIA: Koordineret indsats for arbejdsfasholdelse				MDI: The Major Depression Inventory NFA: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø RG: Referencegruppe SF-36: The Short Form (36) Health survey SDP: Sygedagpenge KHJ: Konanthjælp WHO: Worlds Health Organisation				

Enkeltstrengede TTA-indsatser

I dette afsnit beskrives tre typer af igangværende og afsluttede danske enkeltstrengede projekter, dvs. projekter, der består af en enkelt indsats i form af fx undervisning, kursus eller terapi. Indsatsen retter sig typisk mod den enkelte sygemeldte medarbejder og har til formål at få medarbejderen tilbage i jobbet. En oversigt over de enkeltstrengede projekter findes i dataudtrækningskemaet i Tabel 3. Der er angivet et nummer ud for hvert enkelt projekt, som refererer til projekterne i teksten.

Terapeutiske interventioner

I tre projekter har man undersøgt, hvilken effekt terapi har på sygefraværts længde. Nr. 26,27 og 31, (Hillerød Kommune 2008; Beck B. 2009; Willert MV et al. 2009) Men resultaterne foreligger kun endeligt for ét af de tre projekter (Nr. 31).

Det ene projekt af Willert et al. fra 2009 (Nr. 26) anvendte et randomiseret, kontrolleret design. Deltagerne randomiseredes efter inklusion til enten behandling direkte, eller til tre måneder på venteliste, hvorefter denne gruppe også blev tilbudt behandling. Interventionen gik ud på at lade medarbejdere, der var sygemeldt med arbejdsrelateret stress, modtage kognitiv adfærdsterapi i grupper. Der blev målt på psykologiske mål for stress (selvoplevet stress, coping, søvnkvalitet, kognitive forglemmelser, m.m.) fysiologiske stressmarkører og sygefravær. Den eneste signifikante forskel, som man indtil nu har kunnet registrere mellem interventions- og kontrolgruppen, er, at interventionsgruppen oplevede et mærkbart fald i deres stressniveau. Resultaterne vedrørende fysiologiske stressmarkører og sygefravær forventes publiceret i 2010.

Det andet projekt er et igangværende projekt, der drejer sig om effekten af musikterapi (Nr. 27) (Beck, 2009) på længden af sygefraværet. Der afventes resultater af dette projekt. I det tredje projekt (Nr. 31) var der gode resultater, idet man fik syv ud af otte medarbejdere tilbage i jobbet ved hjælp af kognitiv gruppeterapi. Problemet med projektet er dog, at resultaterne er baseret på meget få deltagere uden at inkludere kontrolgruppe, hvorfor man ikke troværdigt kan sige noget om effekten på sygefraværet.

Arbejdsmedicinsk intervention

I et enkelt projekt har man undersøgt effekten af en intervention, der svarer til en arbejdsmedicinsk udredning, Nr. 32 (Mortensen OS et al. 2007). Deltagerne blev inddelt i kontrol- og interventionsgruppe ud fra lodtrækning. I interventionen fokuseredes på de sygemeldte medarbejders ressourcer i forhold til at

vende tilbage til arbejdet. Overordnet forkortede interventionen sygefraværet med næsten fem uger, men resultaterne var noget anderledes for de deltagere, der havde almindelige psykiske helbredsproblemer. Sygemeldte med almindelige psykiske helbredsproblemer, der modtog interventionen, var – noget overraskende – først i arbejde seks uger senere end sygemeldte i kontrolgruppen. Hvad årsagen er til dette uventede resultat, er endnu uafklaret.

Undervisning/psykoedukation

Psykiatrifonden har udviklet et kursus for medarbejdere, der er i risiko for at udvikle eller allerede har stress eller depression, med titlen "Den Arbejdsmarkedsorienterede Depressionsskole". Formålet med kurset er at give medarbejdere redskaber til bedre at tackle deres mentale helbredsproblemer. Undervisningen drejer sig om at øge deltagernes viden om mentale helbredsproblemer, mulighederne for at vende tilbage til arbejdet og fastholde jobbet. Flere kommuner samarbejder med Psykiatrifonden om denne TTA-indsats, reference Nr. 28, (Søborg & Larsen 2008) og 29 (Allerød Kommune 2009). Nogle kommuner har projekter, der tilbyder en lignende indsats, men med andre leverandører (Nr. 30 (Bornholms Regionskommune 2008) og under flerstrengede indsatser uden koordinering: Nr. 25). Nogle kommuner foretager en evaluering med før og efter-måling, men uden kontrolgruppe til at sammenligne resultaterne med. Det er derfor ikke muligt med sikkerhed at fastslå, hvilken effekt indsatsen har.

Mentorordning

I en projektrapport (Nr. 33) (Jobcenter Herlev & Discus A/S 2008) beskrives et forsøg, der går ud på at tilknytte sygemeldte medarbejdere med psykiske problemer en kommunal ansat mentor, der kan støtte den sygemeldte, både privat og i arbejdslivet. Der foreligger endnu ikke en evaluering af dette forsøg.

Sammenfatning af enkeltstrengede danske TTA-indsatser

Der foreligger endnu ikke viden om effekten af danske enkeltstrengede indsatser, der har til formål at forebygge langvarigt sygefravær som følge af mentale helbredsproblemer. Enkelte projekter er i gang med at undersøge effekten af henholdsvis psykoterapi, undervisning eller arbejdsmedicinsk intervention. Sidstnævnte projekt har af uvisse årsager overraskende påvist et forlænget sygefravær for den gruppe, der modtog interventionen. Selvom kognitiv adfærdsterapi og undervisning kan fremme den sygemeldtes måder at tackle

sine mentale helbredsproblemer på, er det endnu uvist, hvilken direkte effekt sådanne indsatser vil have på chancen for at vende tilbage til arbejdet og dermed på sygefraværet og arbejdsophør.

Tabel 7.3 Dataudtrækning af enkeltstående TTA-indsatser

Projekt (titel, opdragsgiver og årstal)	Formål/design	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evaluering/metode	Resultater	Konklusion	OBS!
Nr. 26 Willert et al. Scan J Work Environ Health 2009, pp 145-152.	Design: Randomiseret efter inklusion til IG eller KG (3 mdr. venteliste). Formål: Kan en 3 måneders gruppebaseret CBT stressmanagement-intervention reducere stress og udvikle copingstrategier hos personer med arbejdsrelateret stress?	IG = 51, KG = 51. Inkl.: symptomer på arbejdsrelateret stress i mere end 4 uger, store organisatoriske/arbejdsforandringer inden for 6 mdr, motiveret for at forblive raskmeldt eller vende tilbage inden for 4 uger. Eks.: sygemeldt > 26 uger, psykosociale problemer uden for arbejdet, mobning som stressudløser, psykisk lidelse, mistrug	Gruppedøleb med 9 personer. Otto 3-4 timers sessioner over 3 mdr. CBT. Temaer for sessioner: psykoedukation, identifikation og modifikation af dysfunktionel tankegang, kommunikation, implementering af strategier på arbejdet.	Baseline og follow-up ved 3, 6 og 9 mdr. Psykologiske mål for stress: Perceived Stress Scale, Brief COPE questionnaire. Fysiologiske stressmarkører og sygefravær	Ved 3 mdr. follow-up: Interventionen påvirker IG positivt i forhold til perceived stress (stor effekt) og positiv refreming (lille effekt). Dette gør det vanskeligt at udtale sig om interventionens varige effekt og sygefravær forventes påbegyndt i 2010	KG modtager stressmanagementinterventionen efter at have været på venteliste i 3 mdr. Dette gør det vanskeligt at udtale sig om interventionens varige effekt og sygefravær forventes påbegyndt i 2010	
Nr. 27 Bolette Beck. Ph.d.-projektskrivelse. Køge AMK i samarbejde med Aalborg Universitet. 2008	Randomiseret klinisk undersøgelse med follow-up. Formål: Undersøge, om musikterapi reducerer søvnløshed, stress-symptomer samt tid til TTA	70 personer langtidssygemeldt pga. arbejdsrelateret stress og udbændthed	Delegetime i IG tilbydes 6 individuelle musikterapisessioner ved AMK Køge	Effekt mål: Stress, copingevne, søvnkvalitet, længde af sygefravær, hormonindhold i spyt.	Interventionen er påbegyndt 1. april 2008 og afsluttes 1. marts 2010.		
Nr. 28 Den Arbejdsmarkedsorienterede depressionsskole, Rudersdal Kommune. Samlet evaluering. 2008	Give borgere viden og redskaber til at håndtere depression og sygemelding, fortlødt arbejdsophør. Før-/efter-evaluering	2007 (49 tilmeldt/36 deltagere) Depressive (let til middelsvære) eller personer i risiko for tilbagefald. Rekrutteret via praktiserende læge, psykiatere, psykologer, presse, SIND, psykiatrisk afdeling	Psykiatridens arbejdsmarkedsorienterede depressionsskole. Undervisning, diskussion i stress, depression og handlingsstrategier. Redskab og viden til at håndtere symptomer og fastholde arbejde og TTA ved sygemelding. 1 x ugentlig i tre timer i alt fem uger. Opfølgning efter 3-6 mdr. 25 deltagere på et hold.	Kvalitativ analyse af andel i arbejde, sygemeldte, spørgeskema om deltagernes oplevelse af kursus. MDI	2007 Før/efter måling (Svar% = 72%) Ud af 36 deltagere: 1 arbejder 12 Sygemeldt 17 Delvis TTA 4 Drop out 6 (forværing ved undersøgning). MDI. Før/efter måling: Fald 7-10 point (Let depression under threshold). Opfølgning yderligere fald med 5 point (N = 13). Oplever positiv effekt.	Bugbrat tilbud, forebyggelse og arbejdsmarkedsrettet kursus fortsat udbudt i kommunen.	Drop outs indgår ikke i evalueringen! Ingen kontrolgruppe
Nr. 29 Depressionsskole i Allerød, Allerød Kommune – Det lokale Beskæftigelsesråd. Projektskrivelse 2009.	Kan tidlig indsats, forhindring af udvikling af depression og forebyggelse af sygefravær og fortlødt arbejdsophør? Opgradering af videniveau til medarbejdere	Depressive (let til middelsvære) eller personer i risiko for tilbagefald. Arbejde, sygemeldte, ledige. Henvisning via praktiserende læger og jobcenter	Psykiatridens arbejdsmarkedsorienterede depressionsskole (se ovenfor). Oprettelse af opfølgningsnetværk, der er brugeradministreret. Kursus for Jobcentrets medarbejdere	Ikke nærmere specificeret. Forventes evalueret i 2009		Hvor mange borgere ikke angivet	

Projekt (titel, opdragsgiver og lokation, af rapporteringsform, årstal)	Formal/design	Målgruppe, antal deltagere, typer af lidelser	Intervention	Evalueringsmetode	Resultater	Konklusion	OBS!
Nr. 30 Stresskolen, Bornholms Regionskommune. Projektskrivelse Forebyggelsesfonden, 2008	Kan tidlig indsats forhindre stress og depression. Sygemelding med stress og depression i risiko for at miste kontakt til arbejdsmarkedet	Risiko for sygemelding med stress og depression. Sygemelding med stress og depression i risiko for at miste kontakt til arbejdsmarkedet	Holdundervisning i stress, depression, personlige strategier, diskussioner og individuelt arbejde. Udarbejdelse af individuelle handlingsplaner. Opfølgningsskatten	Foreligger ikke	Foreligger ikke		Design ikke angivet
Nr. 31. Samarbejde med Corporate Care, Hillerød Kommune. Intern effektivt- og procesevaluering, 2008	TTA Opkvalificering af medarbejdere	7 borgere med lettere psykiske helbredsproblematikker	CBT i gruppe. Hjælp til selv-hjælp. Opkvalificering af medarbejdere	Ikke nærmere specificeret	Livskvalitet og helbred forbedret med 33 % i arbejde 1 sygemeldt	Ingen kontrolgruppe	
Nr. 32 Mortensen, OS et al. AMK Bispebjerg, Rapport, 2007	RCT – dog ikke ved lodtrækning. Har intervention virkning på arbejdsfasteholdelse og sygefravær? Henvissingscentrene skiftes til at visitere til projektet hver anden måned	Personer, der har anmeldt om sygedagpenge. Mentale helbredsproblemer (N=765): Depression, angst, psykisk stress, udfordring (selvrapporteret via DP-300). Eks: misbrug, psykiatrisk sygdom, alvorlige kræftlidelser, den sygemeldte forventer TTA under 2 uger	IG: Grundlig helbredsundersøgelse, udredning med fokus på patientens ressourcer i relation til TTA. Konklusion fra udredningen konfiteret med visiterende sagsbehandlere KG: Sædvanlig kommunal indsats	Antal sygedage (opgivet af forvaltningen). Livskvalitet (spørgeskema)	Længde af sygefravær på tværs af diagnoser: IG = 23,7 uger, KG = 28,3 uger. Subgruppenanalyse for sygemeldte med psykiske helbredsproblemer for længere, hvis de delager IG frem for KG.	Patienter med psykiske helbredsproblemer har et sygefravær der er 6,6 uger længere, hvis de delager IG frem for KG.	
Nr. 33 Jobcenter Høje og Bisnes A/S, Rapport, 2008	Kan en social mentor inddække omme borgernes behov og fremme arbejdsfasteholdelse? Sociale mentorer er ansat i kommunen i jobcenter og i bos anden kommunal aktør	Målgruppe: Personer med midlertidig sindslidelse med oplevet behov for støtte til indslusning på arbejdsmarkedet eller fastholdelse af job. Delager antal: 91. 26 skal fastholdes, 65 indsluses	Den sociale mentor har kontakt til borgere og de virksomheder, som borgeren evt. er tilknyttet. Mentorens rolle er at hjælpe borgeren til at skabe overblik og struktur i hverdagen – både arbejdsmæssigt og privat	Interviews med sociale mentorer (4), koordinater (2) og jobcenterchef (1) samt kvantitativ analyse af data registreret af mentorerne (fx tidsgennemførelse, ledighed, barrierer, arbejdssituation)	Ændringer i delagerernes tilknytning til arbejdsmarkedet af rapporteres ultimo 2010	Mentorerne bruger mest tid på daglige opgaver i borgernes hjem samt at rådgive virksomheder om, borgernes barrierer og arbejds-modificering	Igangværende, men midlertidig evaluering foreligger

Forkortelser:

CBT: Cognitive behavioural therapy

IG: Interventionsgruppe

KG: Kontrolgruppe

MDI: The Major Depression Inventory

RCT: Randomiseret kontrolleret forsøg

TTA: Tilbage til arbejde

Indsatser der opkvalificerer medarbejdere

I dette afsnit beskrives fire danske indsatser, der forsøger at fremme en tilbagevenden til arbejde gennem "opkvalificering" af kollegaer til sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Dette sker enten ved at uddanne mentorer til at støtte andre kollegaer på arbejdspladsen eller via uddannelse, så medarbejderne bliver bedre i stand til at hjælpe sygemeldte kollegaer med at vende tilbage i arbejde. En oversigt over de fire projekter ses i dataudtrækningskemaet i Tabel 4.

Mentorordning

I projekt "Den gode kollega"(Nr. 34) (Wähling L. 2007) var indsatsen både rettet mod medarbejdere med psykisk sårbarhed og mod nøglepersoner, fx ledere, kollegaer, tillidsrepræsentanter og HR-personale, som ønskede at fungere som mentorer for deres psykisk sårbare kollega. De psykisk sårbare medarbejdere deltog i en støttegruppe, hvor de blev undervist i forskellige temaer med henblik på at tackle deres psykiske sårbarhed på arbejdspladsen. Nøglepersoner, der ønskede at være mentorer, blev oplært i at støtte deres psykisk sårbare kolleger, så de fik lyst til at blive på arbejdspladsen frem for at være sygemeldt.

Evalueringen af projektet viser, at to ud af 16 psykisk sårbare medarbejdere endte med at blive fyret, mens de resterende fastholdt deres arbejde. I evalueringsrapporten er det ikke angivet, hvordan eller hvornår data er indsamlet. Da projektet ingen kontrolgruppe havde, er det vanskeligt at udtale sig om interventionens reelle effekt. I den kvalitative vurdering udtrykte både de psykisk sårbare medarbejdere og mentorerne tilfredshed med projektet. De deltagende, psykisk sårbare medarbejdere oplevede, at både støttegruppen, den individuelle coaching og mentorerne havde haft en betydning for, at de var i stand til at fastholde arbejdet. Det er værd at bemærke, at det var meget vanskeligt at rekruttere deltagere med psykiske problemer til både støttegruppe og mentorordning: Ved projektets start var der planlagt rekruttering af 48 deltagere med psykisk sårbarhed, men det var kun muligt at rekruttere 16 personer. Årsagen til det lave antal formodes at være:

- Målgruppens modvilje mod at skilte med sin sårbarhed.
- Ledere og kollegaer fandt det etisk vanskeligt at opfordre kollegaer med potentiel psykisk sårbarhed til at deltage.
- Arbejdsgivere havde svært ved at erstatte tabt arbejdstid som følge af deltagelse i projektet.

Uddannelse af sagsbehandlere og virksomhedskonsulenter

Projekt LUCA i Syddjurs, Middelfart og Furesø Kommuner (Nr. 35) (Rambøll Management 2009) rettede sig mod at uddanne sagsbehandlere og virksomhedskonsulenter til at hjælpe sygemeldte med mentale helbredsproblemer hurtigere tilbage til arbejdet. Det skete ved at fokusere på følgende i uddannelsen af det kommunale personale:

1. Kvalificering af dialogen mellem sagsbehandler og sygemeldte ud fra en systemisk og narrativ metode.
2. Fremme af sparring om psykiske helbredsproblemer mellem ledelse og medarbejdere.
3. Fremme af samarbejdet og dialogen med den sygemeldtes praktiserende læge og arbejdspladsen.

Formålet med projekt LUCA var at undersøge, om de tre fokusområder havde en effekt på længden af sygefraværet. Det er ikke angivet, hvor omfattende uddannelsen var, eller hvor mange, der deltog fra de tre kommuner. Der foreligger endnu ikke resultater fra den kvantitative, registerbaserede evaluering, der kan vise, om indsatsen har nedbragt sygefraværet og antallet af gentagne sygemeldinger i de tre kommuner. De beskrevne resultater baserer sig derfor på kvalitative interviews med udvalgte aktører samt tre spørgeskemaer i forbindelse med uddannelsen.

I den kvalitative evaluering konkluderes det, at kommunerne gennem uddannelsen har opnået en bedre mulighed for at skabe bæredygtige løsninger for de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde ved bl.a. at sætte fokus på den sygemeldtes egen udvikling og ansvar. Ressourceprofilen anvendes i højere grad end før som et aktivt og udviklende redskab. Sparring mellem ledelse og medarbejdere vurderes at være bedre end tidligere. Det samme gælder samarbejdet med de praktiserende læger. De sygemeldte angiver, at de er blevet i stand til at handle konstruktivt, når der er muligheder for at vende tilbage til arbejdet. Konsulentvirksomheden Rambøll, som har forestået evalueringen, har besluttet ikke at medtage Furesø Kommune i evalueringen, da deres implementering af projektet har været mangelfuld. Dette fravalg er problematisk, da det ville være relevant at undersøge årsager til den mangelfulde implementering frem for udelukkende at undersøge de to "succesfulde" kommuner. Da der ikke indgår en kontrolgruppe i projektet, er det vigtigt, at man i effektevalueringen er opmærksom på, at der kan være andre eksterne arbejdsmarkedsfaktorer, som kan forklare resultaterne. Resultaterne af effektevalueringen forventes klar i 2010.

Holdningsændringer hos ledere og ansatte

I projekt "Drop Barriererne" (Nr. 36) (Kirsten Grunnet & FIC 2008) forsøgte man at afdække og udfordre forudindtagede eller negative holdninger hos ledere og medarbejdere i relation til at fastholde og ansætte personer med mentale helbredsproblemer. Barrierer, der forhindrer fastholdelse eller ansættelse af medarbejdere med psykiske helbredsproblemer, blev undersøgt ved at lave en lille interviewundersøgelse med otte deltagere. Derefter blev der afholdt tre seminarer for ledere og medarbejdere om forebyggelse og håndtering af stress. Seminarerne havde fokus på at udveksle erfaringer og konkrete forslag til handlinger, der kunne implementeres. Endelig blev der i projektet udviklet et spil med titlen "Rundt om stress" samt en forebyggelseshåndbog. I alt deltog 58 ledere og medarbejdere i seminarer og konference.

Evalueringen af projektet er foregået ved, at medarbejderne/lederne selv reflekterede over udbyttet af disse tiltag. I evalueringen angives det, at deltagerne oplevede indsatsen som relevant og brugbar i det daglige arbejde. Det blev angivet som en fordel, at deltagernes egne erfaringer blev inddraget aktivt, og at der var fokus på konkrete tiltag til at forebygge sygefravær og fastholde medarbejdere med stress/mentale helbredsproblemer på jobbet. I evalueringsrapporten er det uklart, hvilke kriterier evalueringen er baseret på, og derfor er det uvist, i hvor høj grad evalueringen afspejler de reelle forhold. Det er desuden uklart, hvem der har foretaget evalueringen, og hvordan den er gennemført. Dertil kommer, at undersøgelsen ikke har målt effekten på sygefravær, hvilket er en stor mangel.

Sammenfatning af indsatser der vedrører opkvalificering af personale

Der eksisterer endnu ikke resultater for effekten af opkvalificering eller påvirkning af relevante aktører omkring sygemeldte eller medarbejdere i risiko for sygemelding på grund af mentale helbredsproblemer. Projekt LUCA forventes færdigevalueret i begyndelsen af 2010, hvor data for sygefraværet vil foreligge. De kvalitative evalueringer af projekterne peger på, at deltagerne er tilfredse med indsatserne og finder dem relevante. På grund af metode-mæssige problemer med evalueringerne er det dog tvivlsomt, hvilken værdi de positive evalueringer af indsatserne kan tillægges. Desuden er effekten på sygefravær og arbejdsfastholdelse ikke undersøgt i de afsluttede projekter.

Tabel 7.4. Dataudtrækningskema over danske indsatser der opkvalificerer medarbejdere

Bibliografiske oplysninger (opdragsgiver og lokation, afrapporteringsform)	Design og formål	Målgruppe, antal deltagere Typer af lidelser	Intervention	Evalueringsmetoder	Resultater	Konklusion	Obs!
Nr. 34 Anne-Lene Wähling, Beskæftigelsesafdelingen i Norddjurs Kommune, Jobkompagniet i Silkeborg og CBR-Randers. Evalueringsrapporten, 2007	Kompetenceudvikling af ansatte med psykisk sårbarhed og uddannelse af kolleger og ledere til mentorer. Formålet er at få sygemeldte tilbage til arbejdet, nedbringe sygefraværet samt fastholde dem på arbejdspladsen.	Målgruppe 1: Ansatte med psykiske helbredsproblemer (stress, lettere depression,) ansat i ordinært arbejde eller fleksjob. N=16 (forventet 48). Rekrutteret gennem Sygedagpenges afdeling eller arbejdsplads. Målgruppe 2: Ansatte med daglig kontakt til psykisk sårbare kollegaer. N= 48 (forventet 30)	Sortegruppe: 8 psykisk skrobefligte ansatte pr. gruppe blev undervist 3 timer pr. uge i temaer som: kommunikation, god trivsel på arbejdspladsen, magt over eget liv, krise og udvikling, handlemuligheder under sygemelding etc. 10 modtog individuel coaching. Mentoruddannelse: 2x2 dages mentorkursus samt 3 netværksmøder. Mentor uddannes til at kunne støtte psykisk sårbare til fastholdelse på arbejdspladsen	Afsluttende spørgeskemaundersøgelse til deltagere med psykisk sårbarhed samt de uddannede mentorer. Interviews af enkelte deltagere.	Arbejdsfastholdt: 13 Fradyttet kommunen: 1 Fyring: 2 I den kvalitative vurdering udtrykker både psykisk sårbare og mentorer tilfredshed med projektet	Implementeringsvanskelig bedor: Sortegruppens ønskede ikke at skifte med psykisk sårbarhed Virksomheder tabte arbejdstid og derfor modvilje deltagelse i projektet kommunalreformen trådte i kraft ved projektets begyndelse	Vanskeligt at vurdere interventionens effekt, da der ikke er KG Uklart hvordan eller hvornår data er indsamlet
Nr. 35 "Projekt LUCA" Målgruppesanalyse udarbejdet af Rambøll Management, 2009	Formål: Kan forbedret SDP-opfølgning afkorte sygefraværet hos sygemeldte med psykiske problemer? Kan samarbejdet med virksomheder og praktiserende læger udvikles og styrkes?	Sigsbehandlere og virksomhedskonsulenter i sygedagpengefølgningen i Syddjurs, Midtelfart og Furesø Kommuner.	Medarbejdere i SDP-opfølgningen undervises i systemiske og narrative metoder og samtaleteknikker. Undervisning i psykiske lidelser samt målrettet brug af kollegial og ledelsesmæssig sparring.	Kvantitativ del: Registerbaseret analyse af længden af SDP-perioder, gensygemeldinger og beskæftigelsessituation. Foreligger i 2010 3 spørgeskemaer for og efter LUCA-Projektet. Kvalitative interviews.	Primo 2010 analyseres det, om det har effekt på nedbringelse af sygefraværet og gensygemeldinger Interviews: Resourceprofil anvendes i højere grad som et aktivt og udviklende redskab. Sparring mellem kollegaer og ledelse samt samarbejde med praktiserende læger bedre. Sygemeldte kan handle mere konstruktiv på TTA	Kommunerne har opnået en bedre mulighed for at skabe beredvillige løsninger for de sygemeldte Det ville have været relevant at have undersøgt årsager til den mangelfulde implementering frem for udelukkende at undersøge de to "succesfulde" kommuner	Furesø Kommune indgår ikke i evalueringen, da implementeringen har været mangelfuld.

Bibliografiske oplysninger (opdrags giver og lokation, af rapporteringsform)	Design og formål	Målgruppe, antal deltagere Typer af lidelser	Intervention	Evalueringsmetoder	Resultater	Konklusion	Obs!
Nr. 36 Kirsten Grønnet & FLC, Års- og slut-evaluering, Det lokale Beskæftigelsesråd, Jobcenter København, 2008	Afslækning af barrierer for beskæftigelse af borgere med psykiske lidelser samt udvikling af holdningsbearbejdende aktiviteter for ledere og medarbejdere i københavnske virksomheder	58 ledere, tilfidsvalgte og medarbejdere fra 32 forskellige organisationer har deltaget	1) Udarbejdelse af en "undersøgelsesrapport", om god praksis for forebyggelse af stress, depression og angst og fastholdelse af medarbejdere gennem interviews med 8 personer fra 4 virksomheder. 2) Afholdelse af 3 seminarer om forebyggelse og håndtering af stress – på baggrund af dette udviking af spil (rundt om stress) og forebyggelseshåndbog. 3) Afsluttende konference. Dervar generelt fokus på konkrete handlingsforslag og erfaringsudveksling	Evalueringsmetoden er meget beskædnet beskrevet.	Spillet blev vurderet positivt af delagerne på seminarerne og blev bestilt af flere end forventet (i alt 200). Seminarer og konferencen bliver beskrevet som velbesøgt (i alt deltog 58). Evalueringsrapporten vurderer den erfaringsbaserede og handlingsorienterede tilgang som fordelagtig og beskriver, at delagerne gik hjem med ahaoplevelse samt mod på at arbejde med forebyggelse og fastholdelse i hverdagen	Da der ikke måles på, hvorvidt indsatsen påvirker sygefravær eller trivselsanvæuer i de delagende virksomheder, er det ikke muligt at udtale sig om interventionens effekt. Ud fra den sparsomme evaluering ses det, at delagerne oplever indsatsen som relevant, og at de kan anvende metoderne i virksomheden	
Forkortelser SDP: Sygedagpenge							

Sammenfatning og diskussion af gennemgangen af danske TTA-indsatser

Danske indsatser rettet mod at få sygemeldte med mentale helbredsproblemer tilbage til arbejdet kan – som beskrevet ovenfor – inddeles i fire kategorier: 1) Flerstrengede indsatser med koordinering 2) flerstrengede indsatser uden koordinering, 3) enkeltstrengede indsatser og 4) indsatser der opkvalificerer personale.

Erfaringerne fra de gennemgåede projekter kan inddeles i to typer:

1. Evidensbaseret viden.

Evidensbaseret viden kan udledes af de TTA-indsatser, der enten er udgivet i videnskabelige tidsskrifter eller anvender design og evalueringsmetoder, der opfylder videnskabelige kriterier herfor, det vil bl.a. sige brug af randomisering af deltagere til interventions- og kontrolgruppe. Der er endnu kun gennemført én større TTA-indsats i Danmark af forskningsmæssig kvalitet for deltagere med mentale helbredsproblemer (KIA-projektet). Hertil kommer, at "Det Store TTA-projekt", som starter 1. april 2010, lever op til en række grundlæggende forskningsmæssige kriterier, og resultaterne fra dette projekt vil derfor kunne bidrage til en mere sikker, evidensbaseret viden om, hvorvidt koordinerede, flerstrengede indsatser kan reducere sygefravær og arbejdsoplysninger for sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

2. Praksisbaseret viden.

Størstedelen af de gennemgåede projekter involverer indsatser, der er udviklet på baggrund af erfaringer, der er gjort i praksis. Evalueringerne og projektbeskrivelserne kan kategoriseres som værende i gråzonelitteraturen, da evalueringerne ikke lever op til forskningsmæssige kvalitetskriterier, idet mange af evalueringerne er udarbejdet til interne, organisatoriske formål og afrapporteres i interne rapporter eller referater.

Karakteristisk for disse indsatser er, at hovedparten bærer præg af design og evalueringer, der ikke er specificerede på forhånd og har mange metodemæssige problemer. De fleste af indsatserne benytter udelukkende en før og eftermåling af deltagerne til at konkludere, om indsatsen har haft effekt. Ofte er antallet af deltagere meget beskedent. Desuden tager de fleste af studierne ikke højde for potentielle bias, hvorved grundlaget for at kunne konkludere noget sikkert om indsatsernes effekt bliver for usikkert. Det er ofte uklart, hvordan deltagerne i indsatsen er rekrutteret (inkluderet hhv. ekskluderet fra indsatsen), og hvordan indsatsen er implementeret (manglende procesevaluering). Det er dog muligt at bruge erfaringer fra enkelte projekter i gråzonelit-

teraturen, som er kendetegnet ved at have en tydelig og grundig kvantitativ og/eller kvalitativ evaluering, og som hermed kan danne grundlag for en akkumuleret "best practice"-viden på området.

Der er en del af de gennemgåede danske indsatser med flerstrengede interventioner, hvor TTA-indsatsen ikke specifikt er målrettet mentale helbredsproblemer, men derimod mere almen helbredsfrømme. I overensstemmelse med international forskning (se Kapitel 4 og 5) viser de danske erfaringer, at der med fordel kan fokuseres på tidlig opsporing, diagnosticering og adgang til intensiv, kvalificeret og/eller evidensbaseret behandling med det formål at undgå dårlig prognose og langvarigt sygefravær.

Ligeledes kan de flerstrengede indsatser med fordel koordineres og målrettes en direkte involvering af arbejdspladsen med henblik på arbejdsmodifikationer, der tilpasses den sygemeldtes symptomer og funktionsniveau. Der kræves desuden inddragelse af relevante aktører og specialister på og omkring arbejdspladsen for at kunne fremme en tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Dette er også yderligere underbygget i den internationale forskning (se Kapitel 6 for nærmere gennemgang heraf).

I et Cochrane-review fra 2009 (Nieuwenhuijsen et al. 2008), der blandt andet undersøgte effekten af 10 studier, der undersøgte effekten af enkeltstrengede interventioner på arbejdsevnen. Der blev ikke fundet evidens for eller imod, at enkeltstrengede indsatser i form af antidepressiva eller psykoterapeutisk behandling havde effekt på arbejdsevnen. Det er således muligt at enkeltstrengede interventioner ikke er tilstrækkelige i sig selv til effektivt at kunne reducere sygefravær og arbejdsophør. Ikke desto mindre mangler der viden om virkningen af forskellige enkeltstrengede indsatser, der i samspil med andre interventioner kan forbedre arbejdsevnen. At give den sygemeldte øget indsigt og viden i egne mentale helbredsproblemer og måder at tackle dem kan således være med til at forbedre medarbejderens muligheder for at tackle mentale helbreds-mæssige forhindringer på arbejdspladsen og således være en indirekte støtte i TTA-processen. Set i dette perspektiv kan forskellige enkeltstrengede interventioner i form af undervisning (psykoedukation) og psykoterapi være en af mange indsatser, der er nødvendige for at forbedre medarbejderens arbejdsevne. Dette er forudsat, at undervisning og psykoterapi målrettes både arbejdsmæssige og specifikke mentale helbredsproblemer.

Der er endnu ikke mange erfaringer i Danmark om, hvordan opkvalificering af medarbejdere i forhold til at håndtere sygemeldte med mentale helbredsproblemer kan have en gavnlig effekt på sygefravær og førtidigt arbejdsophør. Flere indsatser med bedre evalueringer ville kunne belyse, hvorvidt den-

ne type intervention har potentiale til at påvirke sygefraværet og det førtidige arbejdsophør.

De erfaringer, man hidtil har gjort med TTA-indsatser i Danmark, kommer fra indsatser, der som hovedregel ikke dokumenterer effekterne i en form, der er gennemskuelig for udenforstående. Dette er problematisk, da der tydeligvis er en masse praktiske erfaringer, der kunne danne grundlag for brugbar viden, men som er svære at bruge i en videnskabelig sammenhæng. Dette problem er før blevet beskrevet som en kløft mellem forskning og praksis, hvor forskning kan have svært ved at indfange og afspejle praksis, mens praksis har svært ved at anvende forskning (Schön 1983). Der er dog flere måder, hvorpå forskning og praksis kan mødes. Helt konkret kan det foreslås, at der udarbejdes en standard for de evalueringer, der foretages af indsatser i offentligt regi. Ifølge en sådan standard skal evalueringerne leve op til en række grundlæggende videnskabelige kriterier. Der er da også basis for at gennemføre forskningsprojekter i kommunalt regi af god kvalitet, idet der kan anvendes store populationer og gøres brug af pålidelige, anonymiserede data. Således kunne et mere udbredt samarbejde mellem praksis og forskning, når TTA-indsatser skal udformes, implementeres og evalueres, medføre et større udbytte af den viden, der genereres fra både forskning og praksis.

Det kan diskuteres, hvorvidt den anvendte søgestrategi for dette kapitel har givet et dækkende billede af TTA-indsatsen i Danmark. Der har været søgt både i offentligt og privat regi, men særligt målrettet kommuner i Danmark. Søgestrategien har desuden inkluderet kontakt til forskellige fonde (herunder Psykiatrifonden), almennyttige foreninger og fagforeninger. Kommunerne er en af de væsentligste aktører i TTA-processen, da de har hovedansvaret for at få sygemeldte tilbage i arbejde. Alligevel kan det ikke udelukkes, at vigtige TTA-indsatser over for sygemeldte, der fx arbejder i den private sektor, ikke er dukket op under søgningen.

Referencer

- Akademikernes Arbejdsløshedskasse. Rask Tilbage. Ansøgningsskema til det lokale beskæftigelsesråd, Jobcenter København. 2009. Københavns Kommune.
- Allerød Kommune. Depressionsskole i Allerød. Projektbeskrivelse til det lokale beskæftigelsesråd. 2009. Allerød Kommune.
- Allesøe K & Johansen BD. På livet løs – et kursus for mennesker med depression – et EU- socialfondsprojekt. Evalueringsrapport. 2008. Frederiksberg Daghøjskole og Kursuscenter.
- Andersen MF. Tilbagevenden til Arbejdet fra den Sygemeldtes Perspektiv (TASP) – Oplevelse af TTA-indsats og beslutning om tilbagevenden hos sygemeldte med stress og depression. Ph.d.-projektbeskrivelse. 2010. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Andersen M. Depression og arbejde. Projektbeskrivelse. 2009. Sociallægeinstitutionen, Århus Kommune.
- Arbejdsmarkedscenter syd A. Mariendals haver. Arbejdsmarkedsrettet rehabilitering af alvorligt stressramte. Projektbeskrivelse Forebyggelsesfonden. 2008.
- Arbejdsmedicinsk Klinik Aalborg. Projekt Stress-sygemeldt – tilbage til arbejdet. Projektbeskrivelse. 2007.
- Baum KH, Aakerlund L & Karle J. Depression og arbejdsliv. Fastholdelse og integration på arbejdsmarkedet af personer med depression. 2007. Finansieret af Arbejdsmarkedsstyrelsen, Psykiatrisk Privatklinik.
- Beck B. Musikterapi med langtidssygemeldte med stress og udbændthed – et ph.d.-studie. Projektbeskrivelse. 2009. Arbejdsmedicinsk Klinik Køge og Aalborg Universitet.
- Bornholms Regionskommune. Stress skolen. Projektbeskrivelse. 2008. Forebyggelsesfonden.
- Bultmann U, Christensen KB, Burr H, Lund T & Rugulies R. Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year followup study in Denmark. Eur.J.Public Health 2008;18(3):232-234.
- Bultmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M & Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006;41(11):875-880.
- CBR – Randers Center for Beskæftigelse. Fodfæste på ny. Projektbeskrivelse fra Forebyggelsesfonden. 2007.
- Center for kompetence og beskæftigelse. Det gode grønne Liv – et sundhedsfremmende beskæftigelsestilbud til sygemeldte kontanthjælpsmodtagere med lettere psykiske problemer. Ansøgningsskema. 2009. Det lokale Beskæftigelsesråd, Jobcenter København.

- Des Jarlais DC, Lyles C & Crepaz N. Improving the quality of non-randomised evaluations of behavioral and public health interventions. The Trend Statement. American Journal of Public Health 2004;94:360-6.
- Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Det store TTA-projekt. 2010. www.arbejdsmiljoforskning.dk.
- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Nordisk Campbell Centers hjemmeside. 2010.
- Greenhalgh T. How to read a paper. Getting your bearings deciding what your paper is about. The basics of evidence based medicine. BMJ Publishing Group 1997.
- Greve Kommune. KIA psyk. Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse af sygemeldte med lettere psykiske lidelser. Projektbeskrivelse. 2007. Forebyggelsesfonden.
- Hillerød Kommune. Samarbejde med Corporate Care. Intern effekt og procesevaluering. 2008.
- Hoegelund J, Filges T & Jensen S. Langvarigt sygefravær – hvad sker der, og hvordan går det. København, Socialforskningsinstituttet 2003.
- Højmark EB. Projekt Retur til arbejdsmarkedet. Evalueringsrapport. 2005. Reva Trollesbro.
- Horsens og Hedensted Kommuner. Tværfaglig arbejdsfastholdelsesteam. Projektbeskrivelse. 2007. Forebyggelsesfonden.
- Jobcenter Gladsaxe. Projekt Ung på vej. Projektbeskrivelse Forebyggelsesfonden. 2009.
- Jobcenter Gribskov. Arbejdsmarkedets KIA pro. 2008. Projektbeskrivelse fra Jobcenter Gribskov.
- Jobcenter Herlev & Discus A/S. Forsøgsprojekt med sociale mentorer til personer med midlertidig sindslidelse. Midtvejsevalueringssrapport. 2008.
- Jobcenter Hillerød. Den arbejdsmarkedsorienterede depressionsskole. Intern proces og evalueringsrapport. 2009. Hillerød Kommune.
- Jobcenter Midtby. Evaluering. Projekt Aktiv under sygemelding. 2010. Odense Kommune
- Jobcenter Silkeborg Kommune. Holdindsats i kampen mod stress. Projektbeskrivelse. 2008.
- Johansen JP. Stresssygemeldt – tilbage til arbejdet. Projektbeskrivelse fra Forebyggelsesfonden. 2007. Familie og beskæftigelsesforvaltningen Aalborg Kommune.
- Kamper-Jørgensen F. Knowledge-base, evidence and evaluation in public health. Scand J Public Health 2000;28(4):241-3.
- Karle J. Reducer fravær og rehabiliter sygemeldte med stress, angst eller depression. 2009. Projektbeskrivelse fra Forebyggelsesfonden.
- Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Manninen P, Kaplan GA & Salonen JT. Depression and early retirement: prospective population based study

- in middle aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59(1):70-4.
- Kilsgaard J, Sherson D, Bültman U, Olsen J, Pedersen J & Lund T. Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. AML, Syddansk Universitet, Vejle Amt 2006.
- Kirkeskov L, Lander F, Friche C & Tornemand H. Bedre samarbejde – hurtig indsats: Et projekt om arbejdsfastholdelse. *Arbejdsmedicinsk Klinik Skive* 2007.
- Kirsten Grunnet & FIC. Drop Barriererne. Års – og slutevaluering. Det Lokale Beskæftigelsesråd. 2008. Jobcenter København.
- Københavns Kommune. Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med lettere psykiske helbredsproblematikker. Projektbeskrivelse. 2007. Forebyggelsesfonden.
- Laitinen-Krispijn S & Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2000;35(2):71-77.
- Lander F, Friche C & Knudsen H. Stressbehandling, sygefravær og arbejdsfastholdelse. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(47).
- Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH & Kirkeskov L. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMJ Public Health* 2009;9(372).
- Lynghby-Taarbæk Kommune. Depressionsramte på arbejdsmarkedet. 2009. Intern evalueringsrapport: Social- og Sundhedsforvaltningen i Lynghby-Taarbæk.
- Marie Martin. Arbejdsrelateret rehabilitering af langtidssygemeldte borgere med almindelige psykiske lidelser. Ph.d. Projektbeskrivelse. 2009. NFA.dk.
- Mortensen OS, Bang J & Ebbelhøj N. Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger. Rapport. 2007. Arbejdsmedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital, København.
- Netterstroem B, Bech P & Nanna H. Erfaringer fra en stressklinik. Et pilotstudium. *Ugestrift for Læger* 2007 (Januar):132-7.
- Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH & van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2008(2):CD006237.
- Rambøll Management. Projekt Luca. Målopfyldelesanalyse – rapport. 2009.
- Reiner Rugulies. Evaluering af fem kommunale interventionsprojekter om en koordineret indsats for tilbagevenden til arbejde. 2009. Projektbeskrivelse: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Schön DA. *The reflective Practitioner: How professionals think in action.* New York. Basic Books Corp. 1983.

- Søborg L & Larsen UP. Den arbejdsmarkedsorienterede depressionsskole. Evalueringsrapport. 2008. Rudersdal Kommune.
- Social og Arbejdsmarked Fåborg / Midtfyn. Center for forebyggelse og bevægelse. Projektbeskrivelse Forebyggelsesfonden. 2009.
- Wähling L. Den gode kollega. Evalueringsrapport. 2007. Beskæftigelsesafdelingen i Norddjurs Kommune, Jobkompagniet i Silkeborg og CBR-Randers.
- Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J & Bonde JP. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scan J Work Environ Health* 2009;145-52.
- Zoom. Holdindsats i kampen mod stress. Artikel. December 2008.

Efterskrift

Arbejdet med denne hvidbog har været som en spændende opdagelsesrejse. Jeg vil gerne takke alle, der har bidraget til, at rejsen gik så godt, som den gjorde, og at vi sikrede mange vigtige resultater.

I særlig grad vil jeg takke forskningsassistenterne i projektgruppen Mette Andersen Nexø, Malene Friis Andersen og Ida Viktoria Kolte, der på en engageret måde har deltaget i indsamling, beskrivelse og fortolkning af den viden, vi har fundet på vores rejse.

Den faglige ekspertgruppe har på yderst kompetent og frugtbar vis bidraget ved at diskutere den indsamlede viden og holdbarheden i de fortolkninger, vi drog på vores færd. Det er sket på fem faglige møder i løbet af det år, vi arbejdede med projektet.

Tak til specialkonsulent i NFA's direktionsssekretariat Steffen Hyldborg Jensen, som har bidraget både som administrativ leder med at samle de mange aktiviteter og med sproglig revision af hele hvidbogen for at sikre, at budskaberne kom til at stå klartest muligt. Endvidere har specialkonsulent Hanna Sigga Madslund og kommunikationsmedarbejder Kirsten Rydahl bidraget med henholdsvis sproglig revision og layout af tabeller i hvidbogen.

Og tak til professor Jakob B. Bjørner, direktør Palle Ørbæk og forskningsdirektør Otto Melchior Poulsen for deres bidrag til diskussionen af sammenfatningen og anbefalingerne.

Alle de nævnte har ydet et bidrag til at sikre, at resultaterne fra vores opdagelsesrejse blev klart beskrevet og holdbare. Det er dog alene projektgruppen, der har ansvaret for den endelige udformning. Vi håber, at vi med denne hvidbog har bidraget til at skabe et grundlag, som de forskellige aktører kan anvende til at realisere det store forbedringspotentiale, der findes i indsatsen for medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

*Vilhelm Borg
Projektleder og seniorforsker
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*

Hvilke faktorer har betydning for, om personer med mentale helbredsproblemer sygemeldes eller forbliver på arbejdet? Og hvilke faktorer betinger, at sygemeldte personer med mentale helbredsproblemer vender hurtigt tilbage til arbejdet, får langvarigt fravær eller helt ophører med at arbejde?

For at finde svar på disse spørgsmål har forskere fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA, gennemgået den danske og internationale forskningslitteratur på området.

Resultaterne af litteraturgennemgangen er samlet i nærværende hvidbog, som også indeholder ni anbefalinger til indsatser over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Hvidbogen er blevet til på foranledning af Arbejdstilsynet, der – som konsekvens af trepartsaftalen den 29. september 2008 mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter – har fået til opgave at vejlede virksomheder om sygefravær og arbejdsfastholdelse for personer med mentale helbredsproblemer.