



Resultater fra effektevaluering af IBBIS- projektet

En integreret behandlings- og
beskæftigelsesindsats til
sygedagpengemodtagere med depression,
angst, tilpasningsreaktion, udbændthed
eller stress

Af: Siv Therese Bøgevik Bjørkedal, Andreas Hoff, Lene Falgaard Epløv

Udarbejdet december 2021

Indhold

Resume	4
1. Indledning.....	11
2. Baggrund	11
3. Formål med IBBIS-effektevalueringen	13
4. Metode.....	14
4.1 Studiedesign	14
4.2 Inklusionskriterier.....	14
4.3 Rekruttering.....	15
4.4 Randomisering og blinding	15
4.5 Interventionerne.....	16
4.5.1 IBBIS-indsatsen.....	16
4.5.2 Standardindsatsen	18
4.6.Effekt mål	19
4.6.1. Primære effekt mål	20
4.6.2 Sekundære effekt mål	20
4.6.3 Eksplorative effekt mål og sikkerhedsmål.....	20
4.7. Dataanalyser	21
5. Resultater	22
5.1. Resultater fra RCT 1.....	22
5.1.1 Baseline karakteristika.....	22
5.1.2 Primære effekt mål.	23
5.1.2.1 Tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen	23
5.1.3 Sekundære effekt mål	24
5.1.4. Eksplorative effekt mål og sikkerhedsmål.....	25
5.2 Resultater fra RCT 2.....	27
5.2.1 Baseline karakteristika.....	27
5.2.2 Primære effekt mål.	27

5.2.3 Sekundære effektmål	29
5.2.4 Eksplorative effektmål og sikkerhedsmål.....	30
5.3 Subgruppe- og sensitivitetsanalyser	31
5.6. Programtrofasthedsmålinger.....	32
5.7. Interventionsdeltagelse	32
6. Diskussion	33
6.2 Diskussion af resultater i RCT 1.....	33
6.3 Diskussion af resultater i RCT 2.....	33
6.4 Diskussion af resultater fra RCT 1 og RCT 2.....	34
6.5. Styrker og svagheder ved projektet	35
7. Konklusion	35
7.1 Konklusion for RCT 1	35
7.2 Konklusion for RCT 2	35
7.3 Konklusion for RCT 1 og RCT 2	36
Referencer.....	37

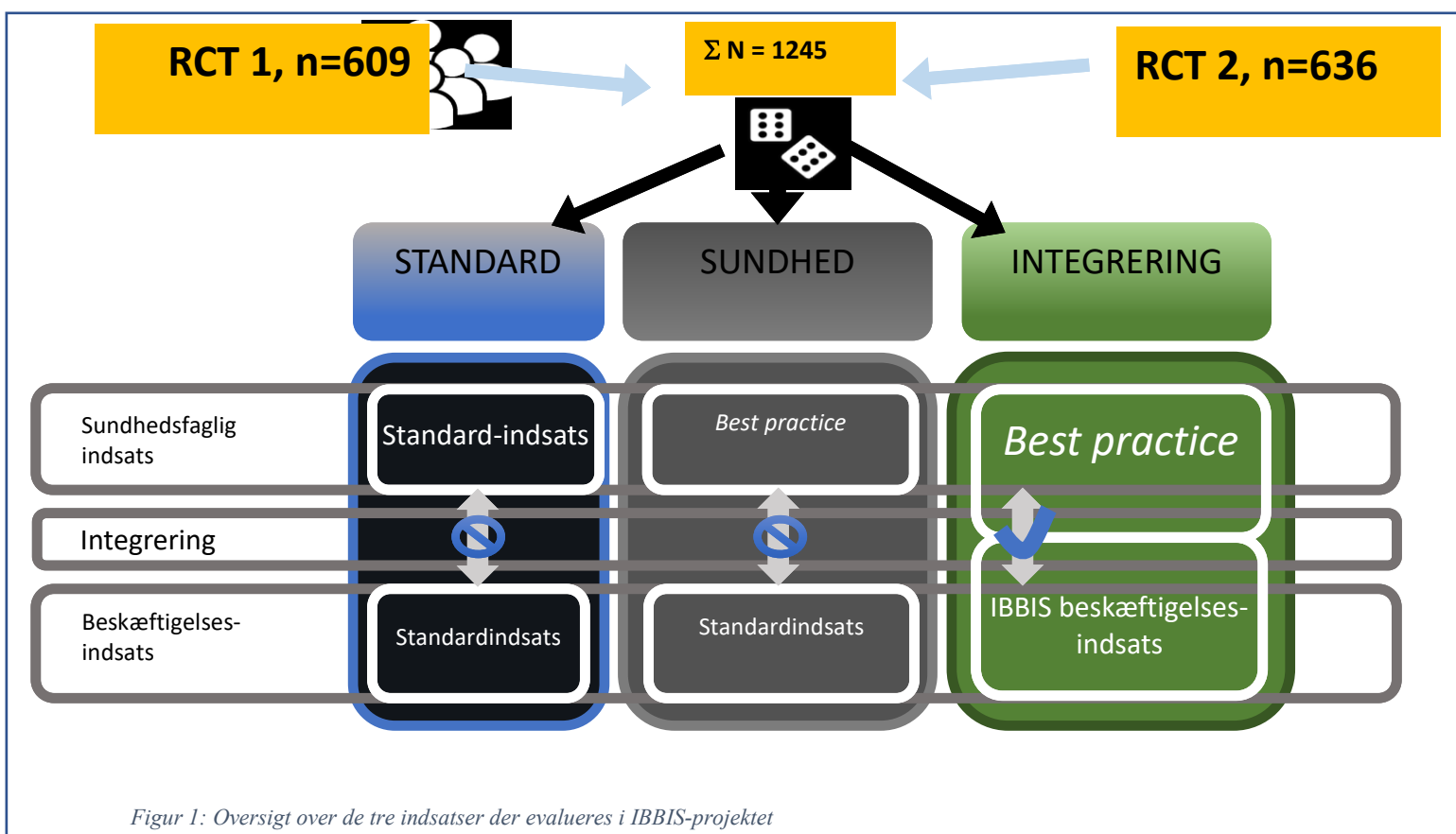
Resume

Baggrund

Et stigende antal danskere sygemeldes fra deres arbejde pga. angst, depression eller stressrelaterede tilstande. Langvarigt sygefravær er forbundet med menneskelige og samfundsmæssige omkostninger. Utilstrækkelig behandling og manglende koordination mellem de kommunale jobcentre og sundhedssektoren (praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer mv.) udgør barrierer for at hjælpe sygemeldte borgere tilbage til arbejdsmarkedet. International forskning indikerer at forbedring af opsporings- og behandlingsmulighederne, og integration af behandlingsindsatsen og den beskæftigelsesrettede indsats, kan forkorte sygefraværperioden hos borgere med angst, depression og stressrelaterede tilstande. Formålet med projekt IBBIS var at undersøge om en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats (IBBIS-indsatsen) kunne få borgere, der er sygemeldt med angst, depression eller stressrelaterede tilstande hurtigere og bedre tilbage til arbejde. IBBIS-indsatsen var baseret på fire værdier: evidensbaseret praksis, selvbestemmelse på et informeret grundlag, en personcentreret tilgang og en gradueret indsats med udgangspunkt i mindst intensiv behandling. Indsatsen havde fokus på at bedre den enkeltes sundhed, at processen med at vende tilbage til arbejde startede så tidlig som muligt, samt forbedring af eksterne forhold herunder integration af indsatserne. IBBIS-indsatsen blev leveret af et team, bestående af sundhedsfaglige medarbejdere fra Region Hovedstaden Psykiatri (care-managere, psykiater og psykolog) og medarbejdere fra de samarbejdende kommuners jobcentre (beskæftigelseskonsulenter).

Metode

IBBIS-indsatsen blev evalueret i to lodtrækningsforsøg i perioden 2016 til 2018. De to lodtrækningsforsøg havde det samme design og anvendte de samme metoder, men henvendte sig til forskellige målgrupper. RCT 1 henvendte sig til borgere sygemeldt med angst og depression, og RCT 2, borgere med stress-relaterede tilstande. I forsøgene blev der rekrutteret borgere fra jobcentrene i Gentofte, Gladsaxe, Københavns og Lyngby-Taarbæk kommune. Deltagerne blev ved lodtrækning tildelt en af tre indsats 1) Den integrerede indsats i IBBIS, 2) En forstærket sundhedsindsats i IBBIS sammen med den almindelige beskæftigelsesindsats i jobcentrene eller 3) Den almindelige indsats i jobcentrene og i sundhedsvæsenet. (Se figur 1)



Figur 1: Oversigt over de tre indsats der evalueres i IBBIS-projektet

Indsatserne blev evalueret med henblik på beskæftigelsesrettede effektmål, helbredsmæssige effektmål, samt deltageres tilfredshed med den indsats de havde modtaget. Der blev anvendt validerede spørgeskemaer og registeroplysninger fra den danske DREAM-database. Data blev indsamlet ved baseline (inden lodtrækning) og ved 6- og 12-månedersopfølgningerne. Specifikt omhandlende effektmålene:

De beskæftigelsesrettede effektmål

- Tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen (primært effektmål)
- Tid til tilbagevenden til arbejde ved 6-månedersopfølgningen (sekundært effektmål)

- Andel af sygemeldte borgere der er tilbage i arbejde ved 6- og 12-månedersopfølgningen (sekundært effektmål)
- Tid til tilbagevenden til arbejde ved 24-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)
- Andel i arbejde med 24-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)
- Uger i arbejde ved 12- og 24-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)

De helbredsrelaterede effektmål

- Angst-, depressions-, og stresssymptomer med 6-månedersopfølgningen (sekundært effektmål)
- Social funktionsevne ved 6-månedersopfølgningen (sekundært effektmål)
- Angst-, depressions- og stresssymptomer ved 12-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)
- Mestring (self-efficacy) ved 6- og 12-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)
- Arbejdsevne ved 6- og 12-månedersopfølgning (eksplorativt effektmål)
- Social funktionsevne ved 12-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)
- Livskvalitet ved 6- og 12-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)

Tilfredshed med de tilbudte indsatser ved 6-månedersopfølgningen (eksplorativt effektmål)

Resultater

Resultater fra RCT 1, borgere sygemeldt med angst eller depression.

I alt blev 609 deltagere inkluderet i forsøget. Deltagernes gennemsnitsalder var knap 42 år, og de havde i snit været sygemeldt i ca. 11 uger. Tre gange så mange kvinder som mænd deltog i forsøget. Depression var hyppigere som primær diagnose end en angstdiagnose (63,5 % vs. 36,5 %)

Beskæftigelsesrettede effektmål

I forhold til det primære effektmål, tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen, blev der ikke fundet forskel imellem de tre indsatser. I forhold til det sekundære effektmål, andel sygemeldte borgere, der er tilbage i arbejde ved 6 og 12 måneders opfølgning, var der flere borgere i den integrerede indsats som var kommet i arbejde (56,2%) end borgere i den forstærkede sundhedsindsats (43,7 %) og standardindsatsen (45 %). Således var sandsynligheden for at være i arbejde efter tolv måneder lavere i den forstærkede sundhedsindsats (HR¹ 0,59, p=0,012) og i standardindsatsen (HR 0,64, p=0,0293) end i den integrerede indsats. Ved 24-månedersopfølgningen var der ikke forskel imellem indsatserne, når det gjaldt andel af borgere, der var kommet i arbejde, men borgere i den forstærkede sundhedsindsats kom langsommere tilbage i arbejde (HR 0,79, p=0,012) og havde færre uger i arbejde (gennemsnitlig -8,1 uger), end deltagerne i den integrerede indsats.

¹ Hazard Ratio

Helbredsrelaterede effektmål.

Ved 6-månedersopfølgningen havde deltagerne i den integrerede indsats og i den forstærkede sundhedsindsats færre stresssymptomer (dif: -1,66, p=0,0147 hhv. -1.46, p=0,0339) end deltagerne i standardindsatsen. Deltagerne i den integrerede indsats, havde også færre symptomer på udbrændthed (dif.: -3,54, p=0,0268) end deltagerne i standardindsatsen ved 6-månedersopfølgningen. Der sås ikke forskel i angst- og depressionssymptomer imellem de tre indsatser ved 6- og 12-månedersopfølgningen, ej heller var der forskel imellem de tre indsatser når det gjaldt symptomer på stress og udbrændthed ved 12-månedersopfølgningen. I forhold til social funktionsevne, arbejdsevne og livskvalitet var der ingen forskel imellem indsatserne ved 6- og 12-månedersopfølgningen. Ved 6-månedersopfølgningen havde deltagerne i den integrerede indsats og i den forstærkede sundhedsindsats bedre symptommestring (dif.: 1,27, p=0,0008, hhv. 0,78, p=0,0466) end deltagerne i standardindsatsen. Deltagerne i den integrerede indsats havde bedre arbejdsrelateret mestring (dif.: 1,64, p=0,045) end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats, ved 6-månedersopfølgningen. Ved 12-månedersopfølgningen var der ikke forskel imellem indsatserne, når det gjaldt mestring.

Tilfredshed med de tilbudte indsatser

Ved 6-månedersopfølgningen var der større tilfreds hos deltagerne i den integrerede indsats (dif.: 5,53, p<0,0005) og i den forstærkede sundhedsindsats (dif.: 4,01, p>0,0005) end hos deltagerne i standardindsatsen.

Et overordnet overblik over resultaterne fra RCT 1 ses i tabel 1

Måldomæne	Integrering	Sundhed	Standard
Beskæftigelse	Bedst	Dårligst	Bedst*
Symptomer	Bedst	Bedst	Dårligst
Tilfredshed	Bedst	Mellem	Dårligst

Tabel 1 viser på signifikante forskelle i RCT 1 imellem de tre indsatser, på overordnede effektmål domæner.

*: Beskæftigelsen i den integrerede indsats var på et enkelt mål endnu bedre end i standardindsatsen.

Resultater fra RCT 2, borgere med stress-relaterede tilstande

636 deltagere blev inkluderet i forsøget. Deres gennemsnitsalder var omkring 45 år. 77 % af deltagerne var kvinder. Udbrændthed var den hyppigste af de stress-relaterede tilstande (over halvdelen af deltagerne i RCT 2, havde denne diagnose), efterfulgt af stress og tilpasningsreaktion.

Beskæftigelsesrettede effektmål

Resultaterne viste at ved 12-månedersopfølgningen, var standardindsatsen bedre end den integrerede indsats (HR 1,43, $p=0,002$) og den forstærkede sundhedsindsats (HR 1,35, $p=0,008$), når det gjaldt at komme hurtigere tilbage i arbejde. Standardindsatsen var også mere effektiv end den forstærkede sundhedsindsats, når det drejede sig om uger i arbejde (RR: 1.24, $p=0,003$) og andel i arbejde efter 12 måneder (OR: 1,78, $p=0,002$). Der var ikke forskel mellem den integrerede indsats og standardindsatsen, i forhold til disse effektmål. Ved 24-månedersopfølgningen havde deltagerne i standardindsatsen en hurtigere tilbagevenden til arbejde end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats (HR 1,30, $p=0,013$) og deltagerne i den integrerede indsats (HR 1,39, $p=0,0027$). Deltagerne i standardindsatsen havde gennemsnitlig 10,3 uger mere i arbejde end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats og gennemsnitlig 8,3 uger mere i arbejde end deltagerne i den integrerede indsats. Der var ingen forskel imellem indsatserne, når det gjaldt andel i arbejde ved 24-månedersopfølgningen.

Helbredsrelaterede effektmål

Ved 6-månedersopfølgningen havde deltagerne i den integrerede indsats færre symptomer på udbrændthed (dif.: - 3,54, $p=0,0268$) end deltagerne i standardindsatsen. Deltagerne i standardindsatsen havde flere angstsymptomer (dif.:2,16, $p=0,005$), flere stresssymptomer (1,83, $p=0,005$) flere symptomer på udbrændthed (dif.:5,2, $p<0,0005$), flere somatiseringssymptomer (dif.:1,28, $p=0,040$) og en større grad af psykisk stress (dif.:1,41, $p=0,040$) end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats. Ved 12-månedersopfølgningen var der ikke forskel mellem de tre indsats i forhold til angst-, depressions- og stresssymptomer. Deltagerne i standardindsatsen havde højere social funktionsevne end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats (dif.:2,11, $p=0,0234$) ved 6-månedersopfølgningen. Der var ikke forskel imellem indsatserne når det gjaldt social funktionsevne, arbejdsevne, livskvalitet eller mestring ved 6- og 12-månedersopfølgningen.

Tilfredshed med de tilbudte indsats

Ved 6-månedersopfølgningen var der større tilfreds hos deltagerne i den integrerede indsats (dif.: 2,86, $p<0,0005$) og i den forstærkede sundhedsindsats (dif.: 2,68, $p>0,0005$) end hos deltagerne i standardindsatsen.

Et overordnet overblik over resultaterne i RCT 2 ses i tabel 2.

Måldomæne	Integrering	Sundhed	Standard
Beskæftigelse	Dårligst	Dårligst	Bedst
Symptomer	Bedst	Bedst	Dårligst
Tilfredshed	Bedst*	Bedst	Dårligst

Table 2 shows significant differences in RCT 2 between the three interventions, on overall effect goal domains.

*: Satisfaction in the integrated intervention was even greater than in the reinforced health intervention.

Diskussion

RCT 1

Results from RCT 1, could partly support the project's hypothesis that the integrated intervention was better than the other two interventions to help people with anxiety and depression return to the labor market. The IBBIS intervention was not consistently better on all effect goals. Results suggest that the IBBIS intervention did not shorten the sick leave period, but it helped more people return to work than the other two interventions.

RCT 2

Results from RCT 2 could not confirm the project's hypothesis that the IBBIS intervention was better than the other two interventions to help people with stress-related conditions return to work. In fact, the standard intervention was better than the other two interventions on all job-related effect goals. However, the integrated intervention and the reinforced health intervention were better than the standard intervention in terms of health-related effect goals. One can discuss whether the job-related effect of the standard intervention can be maintained compared to the health-related effect of the reinforced health intervention, as most of the differences found between interventions were of minimal clinical significance.

Possible explanations for the lack of effect of the IBBIS intervention in both trials, could be that the intervention was not delivered as described in the protocol. Key elements in the IBBIS intervention, which should ensure integration of the interventions, such as tripartite meetings and follow-up meetings with the employment consultants, were carried out to a lesser extent than planned. Another explanation for the lack of effect in the reinforced health intervention could be that in conventional therapy there is not a specific focus on work. This could have led to a re-evaluation by care managers and patients of the importance of setting work-related goals for treatment.

Konklusion

RCT 1

Resultaterne fra RCT 1, viste at den integrerede indsats var mere effektiv overfor borgere sygemeldt med angst og depression, når det handler om at flere kom tilbage til arbejde efter ét år, men ikke når det gjaldt det primære effektmål at komme hurtigere tilbage i arbejde. Borgere i den integrerede indsats og i den forstærkede sundhedsindsats havde færre symptomer på stress og udbrændthed, samt bedre sygdomsmestring ved 6 måneder, end deltagerne i standardindsatsen. Desuden var deltagerne i den integrerede indsats og i den forstærkede sundhedsindsats, mere tilfreds med den indsats de havde modtaget, end deltagerne i standardindsatsen

RCT 2

Resultaterne fra RCT 2, viste at overfor borgere sygemeldt med stress-tilstande var standardindsatsen mere effektiv, end den integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats, i forhold til at vende hurtigere tilbage i arbejde, hjælpe en større andel tilbage til arbejde og at arbejde i flere uger. Den integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats var bedre i forhold til at reducere angst, stress- og udbrændthedssymptomer, og deltagerne var også mere tilfredse med disse indsatser end de var med standardindsatsen.

1. Indledning

Projekt IBBIS er et forskningsprojekt initieret af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) og Region Hovedstaden Psykiatri. Formålet med projektet var at undersøge om en sundhedsfaglig behandlingsindsats integreret med en beskæftigelsesindsats kan få sygemeldte med stress, angst og depression hurtigere og bedre tilbage på arbejde. Antagelsen var, at borgeren bedst ville blive hjulpet, ved at der var et tæt samarbejde (integration) mellem sundhedsvæsenet og det kommunale jobcenter. Projektet blev finansieret af STAR og foregik i et samarbejde mellem Region Hovedstaden Psykiatri, København, Gentofte, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk kommuner. Borgere fra de fire kommuner blev inkluderet i forskningsprojektet i perioden 2016 til 2018.

Evalueringen bestod af flere delundersøgelser:

- En effektevaluering
- Et studie, der undersøger effekten af den psykiatriske udredning, der sker i forbindelse med IBBIS
- En procesevaluering, der evaluerer implementeringen af udvalgte processer i IBBIS interventionerne.
- En sundhedsøkonomisk evaluering
- En undersøgelse af prædiktorer for tilbagevenden til arbejde blandt borgere i målgruppen

Denne rapport omhandler effektevalueringen. Resultater fra de øvrige delundersøgelser vil blive afrapporteret dels i en særskilt rapport vedr. den sundhedsøkonomiske evaluering, dels i en samlet slutrapport

Effektevalueringen bestod af to randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), som var planlagt og gennemført af Forskningsenheden ved Psykiatrisk Center København under ledelse af forskningsoverlæge og ph.d. Lene Falgaard Epløv.

I denne rapport findes information om baggrunden for projekt IBBIS, en beskrivelse af den integrerede beskæftigelse og behandlingsindsats i IBBIS, projektets forskningshypoteser, de anvendte forskningsmetoder, projektets resultater, svagheder og styrker ved projektets metoder, og en sammenfatning af projektets resultater.

2. Baggrund

Flere og flere danskere sygemeldes fra deres arbejde på grund af angst, depression og stress-relaterede tilstande. I en OECD-rapport fra 2013 er det anslået, at op mod 20 % af den danske befolkning mellem 18 og 65 år, dvs. i den erhvervsrettede alder, opfylder kriterierne for en psykisk sygdom. Hovedparten af disse, to

tredjedele, består af angst, depression, eller stress-relaterede tilstande² (1). Der er altså tale om udbredte tilstande og disse er kendetegnet ved at have indgribende konsekvenser for det enkelte menneskes livskvalitet og funktionsevne. At blive ramt af angst, depression eller stress kan påvirke ens arbejdsevne i sådan en grad, at fx planlægning og udførelse af komplekse opgaver, færdiggørelse af arbejdsopgaver indenfor planlagte tidsrammer eller samarbejde og social interaktion med kollegaer bliver vanskeligt eller umuligt (2,3).

Psykiske sygdomme udgør en betydelig risiko for at stå udenfor arbejdsmarkedet. Ifølge OECD er kriterierne for psykisk sygdom opfyldt hos 45 % af dem, der modtager førtidspension i Danmark. Blandt mennesker, der modtager kontanthjælp og sygedagpenge, er andelen der opfylder kriterierne for en psykisk sygdom, hhv. 55% og 70%. Angst og stress-relaterede tilstande udgjorde årsagen til 11 % af tilkendte førtidspensioner i perioden 2010 til 2012 (1,4).

Langvarigt sygefravær er forbundet med samfundsmæssige omkostninger. Det er vurderet, at de årlige udgifter til sygefravær på grund af psykiske sygdomme udgør 3,4 % af BNP i Danmark.(1). En rapport fra Dansk Sundhedsinstitut anslår at 500.000 mennesker i Danmark, lider af angst eller depression på et givet tidspunkt, og nogle af disse, ca. 30 %, modtager ikke optimal behandling eller behandling i det hele taget. Utilstrækkelig behandling er derfor en væsentlig udfordring i denne gruppe (5). Forskning har vist, at for mennesker, der lider af depression, har omfanget og sværhedsgraden af symptomer en betydning for tilbagevenden til arbejde (6,7). Således kunne det være muligt at forkorte sygefraværperioden ved at forbedre opsporings- og behandlingsmulighederne for mennesker med angst og depression. Forskning understreger dog, at symptomlindring ikke i sig selv er nok til at hjælpe mennesker hurtigere tilbage til arbejde, og at der er behov for interventioner, der retter sig mod de konkrete arbejdsrelaterede barrierer, der måtte være, enten ved at intervenere direkte på arbejdspladsen eller indirekte ved rådgivning og vejledning (6,8).

Sandsynligvis spiller både personlige og arbejdsrelaterede forhold ind på tilbagevenden til arbejde (7). I Danmark er der to vigtige aktører(5) i denne proces, en sundhedsfaglig, som varetages af sundhedssektoren (praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer, psykiatrien, kommunale sundhedstilbud), og en beskæftigelsesrettet, der varetages af kommunernes jobcentre. Desværre er der en manglende koordination af de indsatser, der ydes fra hhv. sundhedssektoren og jobcentrene, hvilket skaber grobund for uoverensstemmelser omkring krav og mål for indsatsen og dermed usikkerhed og forvirring for den sygemeldte, der i forvejen befinder sig i en sårbar situation, hvad angår oplevelse af kontrol og sikkerhed (9). Den manglende koordination mellem jobcenteret og sundhedssektoren kan også udgøre en forspildt mulighed for at opfange angst og depression hos de sygemeldte, som netop kunne igangsætte behandling og

² Udbrændthed, tilpasningsreaktion eller stress.

dermed bedring af den helbredsmæssige tilstand(10). En bedre koordination kunne for eksempel være at sagsbehandlerne i jobcenteret havde mulighed for at formidle kontakt mellem den enkelte borger og sundhedssektoren, og således lette sygemeldtes adgang til udredning og opstart af relevant behandling. På baggrund af dette foreslog OECD i 2012 at sundhedsfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser i højere grad koordineres (1).

Forskningslitteraturen viser, at der er relativt solid evidens for at en integrering af beskæftigelsesindsatsen i de sundhedsfaglige tilbud (kaldet Individuelt Tilpasset Job med Støtte, IPS-indsatsen) forbedrer mulighederne for tilbagevenden til arbejde for mennesker med svære psykiske sygdomme, såsom skizofreni og bipolare lidelser (11–13). Dog er der få studier, der undersøger om denne integrering også kan komme mennesker med angst, depression og stressrelaterede tilstande til gode. Ydermere er der udfordringer ved at integrere en beskæftigelsesindsats i de eksisterende sundhedsfaglige tilbud efter samme model som IPS-indsatsen. Det skyldes at de sundhedsfaglige tilbud i den sekundære sektor er tilrettelagt efter at behandle svære og komplekse psykiske sygdomsforløb, mens angstlidelser, depression og stress-relaterede tilstande overvejende behandles i primær sektor. Praktiserende læge kan tilbyde psykoterapeutiske samtaleforløb eller henvise til privatpraktiserende psykolog for behandling. Undersøgelser har vist, at det langt fra er alle læger, der har kompetencerne til at tilbyde psykoterapi, og at ikke alle der diagnosticeres med angst, depression eller stress-relaterede tilstande har adgang til behandling hos privatpraktiserende psykolog. Således er der meget der tyder på, at ikke alle får den behandling som de har brug for (14,15).

I jobcentrene er der trods øget fokus på borgere med psykiske lidelser, usikkerhed blandt jobkonsulenterne i forhold til, hvordan man bedst understøtter tilbagevenden til arbejdsmarkedet hos målgruppen. På denne baggrund er der et behov for både at optimere den sundhedsfaglige behandlings- og beskæftigelsesindsats for mennesker med angst, depression og stress-relaterede tilstande, og at udvikle og afprøve en model, der integrerer indsatserne, så den understøtter sygemeldte borgere i at komme tilbage i arbejde.

3. Formål med IBBIS-effektevalueringen

Formålet med IBBIS-projektet var at undersøge om en sundhedsfaglig behandlingsindsats integreret med en beskæftigelsesindsats kan få sygemeldte med stress, angst og depression hurtigere og bedre tilbage på arbejde. Antagelsen var, at det ville hjælpe borgeren bedst, hvis der var et tæt samarbejde (integration) mellem sundhedsvæsenet og jobcenteret.

IBBIS-indsatsen blev afprøvet i to randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), hvor vi indbyrdes sammenlignede effekten af 1) standardindsatsen, dvs. den almindelig beskæftigelsesindsats i Jobcenteret og i sundhedsvæsenet med 2) en forstærket sundhedsindsats, dvs. behandling i IBBIS og den almindelige beskæftigelsesindsats i Jobcenteret og 3) en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats i IBBIS.

Hypoteserne var, for alle effektmål, at *den integrerede indsats* ville være bedre end *den forstærkede sundhedsindsats*, der igen ville være bedre end *standardindsatsen* vurderet ved 6, 12 og 24 måneder efter randomisering. Vi havde samtidig en forventning om at de nye indsatser ville føre til en langsommere tilbagevenden til arbejde end *standardindsatsen* over de første 6 måneder, men at udviklingen herefter ville betyde, at de to nye indsatser over 12 måneder ville have en hurtigere tilbagevenden til arbejde, størst for *den integrerede indsats*.

4. Metode

4.1 Studiedesign

Projektet var designet som to randomiserede, multicenter-forsøg (RCT) med blinde forskere. IBBIS-indsatsen blev leveret af et tværsektorielt og tværfagligt team, der var organiseret i samarbejde mellem Region Hovedstaden Psykiatri og de følgende fire kommuner: København, Gentofte, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk.

De to RCTer var baseret på samme formål og hypotese. Dog var de rettet mod to separate målgrupper. Det ene RCT (RCT 1) henvendte sig til borgere, der var sygemeldt med angst eller depression. Det andet RCT (RCT 2), henvendte sig til borgere sygemeldt med stress-relaterede tilstande (stress, tilpasningsreaktion, udbrændthed). Da begge RCTer fulgte samme metode og procedure, beskrives de samlet i de følgende afsnit.

Illustration af de to RCTer findes i to flow-diagram i Bilag 1

4.2 Inklusionskriterier

Deltagere kunne blive inkluderet i projekt IBBIS, hvis de

- Var sygemeldt fra arbejde eller jobsøgende, og havde modtaget sygedagpenge i mindst fire uger, eller forventet at have en sygemeldingsperiode, der varede i mindst otte uger.
- Opfyldte kriterierne for depression, panikangst, socialfobi, generaliseret angst, udbrændthed, tilpasningsreaktion eller stress, ved klinisk vurdering guidet af bl.a. the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) og/eller Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ).
- Var bosiddende (havde folkeregisteradresse) i en af de fire kommuner
- Var i stand til at læse og forstå dansk
- Var 18 år eller ældre
- Havde afgivet skriftligt samtykke til at deltage i projektet

IBBIS-interventionen er ikke designet med henblik på at tilbyde akut eller specialiseret behandling, og derfor kunne man ikke deltage i projektet, hvis man opfyldte screeningskriterierne for demenssygdom, eller havde forhøjet risiko for selvmord, misbrug af alkohol eller narkotika, aggressiv adfærd i jobcenteret, en ustabil

somatisk tilstand eller hvis der i forbindelse med den sundhedsfaglige udredning blev vurderet, at deltageren havde behov for behandling i et af de psykiatriske centre i regionen.

4.3 Rekruttering

Sagsbehandlere fra jobcentrene i de fire kommuner kunne henvise borgere til projektet, hvis sagsbehandleren, borgeren selv eller borgerens praktiserende læge skønnede, at årsagen til borgerens sygemelding var psykisk sygdom. Henvisningen til projektet var frivillig, og borgeren kunne til en hver tid takke nej til at deltage. Deltagerne blev diagnostisk udredt af care-managere (se senere for nærmere beskrivelse), der var særligt oplært til opgaven, eller af en psykolog eller psykiater. Inden det personlige interview fik deltagerne tilsendt et link til et elektronisk spørgeskema, omhandlende bl.a. selvrapporterede symptomer på angst, depression og stress-relaterede tilstande. Mundtligt og skriftligt samtykke til udredning blev indhentet inden det diagnostiske interview. Den diagnostiske udredning blev udført for at sikre at deltagerne opfyldte de diagnostiske kriterier for at deltage i projektet. Resultatet fra den diagnostiske udredning blev delt med borgerens sagsbehandler og praktiserende læge. Udredningen blev også brugt, som udgangspunkt for en behandlingsplan for de deltagere, som modtog den forstærkede behandlingsindsats eller den integrerede indsats i IBBIS. Den diagnostiske udredning var baseret på følgende:

- Et personligt interview udført af care-manager, reservelæge eller psykolog, superviseret af speciallæge i psykiatri. Interviewet var guidet af følgende standardiserede instrumenter: Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Standardized Assessment of Personality–Abbreviated Scale, Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom checklist for adults, og (ved mistanke om demens) MMSE.
- Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), et spørgeskema, der undersøger selvrapporterede symptomer på stress, angst, depression og somatisering
- Lægeattest fra praktiserende læge.

4.4 Randomisering og blinding

Deltagerne blev randomiseret med et 1:1:1-forhold til 1) Den integrerede indsats, 2) Den forstærkede sundhedsindsats eller 3) Standardindsatsen. Randomiseringen blev stratificeret efter kommune og beskæftigelsesstatus, dvs. om man var sygemeldt fra arbejde eller ledighed, og efter diagnose (angst eller depression i RCT 1 og stress, tilpasningsreaktion eller udbrændthed i RCT 2). En computergenereret tilfældig allokeringssekvens blev administreret af Odense Patient data Explorative Network (OPEN) og udført online af administrativt personale i IBBIS-teamet. Teamlederen i IBBIS var efterfølgende ansvarlig for at tildele deltagerne en care-manager og en beskæftigelseskonsulent.

Alle forskere var blindet for allokeringen af deltagerne og havde ikke kendskab til allokeringssekvensen og blokstørrelserne. Randomiseringskoden blev først brudt, da alle analyser var udført og konklusionen var skrevet. Deltagerne og IBBIS-medarbejderne var ikke blindet for indsatsen.

4.5 Interventionerne

Alle deltagere i projektet, blev allokert til en af tre indsætter; den integrerede behandlings- og beskæftigelsesindsats (IBBIS-indsatsen), den forstærkede sundhedsindsats, eller standardindsatsen.

4.5.1 IBBIS-indsatsen

IBBIS-indsatsen bestod af en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats, der sammen havde det overordnede formål at sygedagpenge-modtagere med angst, depression og stressrelaterede tilstande kommer hurtigere og bedre tilbage i arbejde. I processen mod dette formål, var flere områder vurderet som vigtige at have fokus på:

- At øge den enkeltes sundhed, at processen med at vende tilbage til arbejde starter så tidligt som muligt.
- At forbedre eksterne forhold, såsom at integrere de forskellige indsætter, der henvender sig til den sygemeldte.

IBBIS-indsatsen var baseret på fire værdier;

1. Evidens-baseret praksis
2. Selvbestemmelse på et informeret grundlag
3. Personcentreret behandling
4. En gradueret indsats med udgangspunkt i mindst indgribende behandling.

IBBIS-indsatsen blev leveret af et team, bestående af sundhedsfaglige medarbejdere fra Region Hovedstaden Psykiatri (care-managerne, psykiater og psykolog) og medarbejdere fra de fire samarbejdende kommuners jobcentre; beskæftigelseskonsulenter. Teamet var normeret til i alt syv fuldtidsstillinger ligelig fordelt mellem care-managere og beskæftigelseskonsulenter, og en deltidsstilling (svarende til 0.75) til psykiater og en psykolog aflønnet på timebasis. Maximum case-load var 25 for care-managere og 20 for beskæftigelseskonsulenter. Den sundhedsfaglige indsats var estimeret til at vare ca. 4 måneder, og den erhvervsrettede indsats var estimeret til at vare ca. 7 måneder i gennemsnit.

IBBIS-teamet leverede to indsætter: Enten den integrerede indsats (IBBIS-indsatsen) eller den sundhedsfaglige indsats alene (den forstærkede sundhedsindsats).

4.5.1.1 Den sundhedsfaglige indsats

Den sundhedsfaglige indsats i IBBIS var tilrettelagt efter deltagernes diagnose og sygdommens sværhedsgrad. Alle sundhedsfaglige indsætter blev leveret af care-managere, som var sundhedsfaglige

medarbejdere fra Region Hovedstaden Psykiatri, fx sygeplejersker med efteruddannelse i kognitiv terapi. Alle care-managere arbejdede under supervision af psykiater. Behandlingsplanen blev lagt sammen med deltageren og fulgte gældende kliniske retningslinjer og principper for *stepped care*. Derudover lagde behandlingen vægt på fælles beslutningstagen og involvering af pårørende. I de tilfælde hvor det var relevant blev et samarbejde med borgerens praktiserende læge indledt. Monitorering blev jævnligt gennemført ved opfølgning hos care-manager og evt. psykiater, for at justere behandlingsplanen.

For deltagere med angst bestod den specifikke behandling af psykoeduktion eller kognitiv adfærdsterapi, afhængig af type af angst. For deltagere med let depression bestod behandlingen af psykoedukation, for moderat depression bestod behandlingen af kognitiv terapi eller medicin, og det samme for dem med svær depression. For deltagere med stress-relaterede tilstande bestod den sundhedsfaglige indsats enten af patient undervisningsprogrammer, stress-coaching og MBSR³, enkeltvis eller i kombination. Behandlingerne blev udført i overensstemmelse med retningslinjer beskrevet i IBBIS-manualer til care-manager og superviseret af IBBIS-teamets psykiater. Care-managerne modtog desuden supervision ved psykolog i forhold til den kognitive adfærdsterapi.

4.5.1.2 Den beskæftigelsesrettede indsats

Den beskæftigelsesrettede indsats i IBBIS tog udgangspunkt i sygedagpengereformen fra 2014/2015, der lægger vægt på tidlig indsats og opfølgning hos alle borgere, uanset diagnose. Indsatsen blev leveret af beskæftigelseskonsulenterne, der også var deltagernes sagsbehandlere. Indsatsen var inspireret af problemløsningsinterventioner⁴ og IPS-modellen⁵, og vægtede derfor individuelt tilpasset støtte i højere grad end den sædvanlige praksis i jobcenteret der primært var centret omkring sagsbehandling. Den beskæftigelsesrettede indsats bestod af flere elementer: Vurdering af arbejdsevne og barrierer for at vende tilbage til arbejde, udarbejdelse af integreret plan for tilbagevenden til arbejde i samarbejde med care-manager og borger, afholdelse af opfølgende møder for at følge progression i forhold til tilbagevenden til arbejde, evt. justere den integrerede plan og opstille nye delmål, støtte til at komme tilbage til arbejdspladsen, efterværn ved tilbagevenden til arbejde og forebyggelse af gensygemelding, støtte til

³ Mindfulness-Based Stress Reduction

⁴ Iris Arends og Jac JL-van der Klink: Oversat fra ”Richtlijn: Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen”, 2007 og ”SHARP-at work”, 2010.

⁵ IPS-modellen tager udgangspunkt i otte overordnede principper der guider IPS konsulenternes daglige arbejde; målet for indsatsen er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked, deltagelse i indsatsen er baseret på borgerens eget valg, IPS er integreret i den øvrige behandling, indsatsen er baseret borgerens egne præferencer og valg, vejledning om sociale ydelser og arbejde, hurtig jobsøgningstilgang, samarbejde med virksomheder på det lokale arbejdsmarked og støtte under beskæftigelse så længe der er behov for det.

jobsøgning efter IPS-modellen (for borgere sygemeldt fra ledighed), sagsbehandling, koordinering af sociale eller andre indsatser, fx boligstøtte, revalidering eller pasningsorlov, og inddragelse af netværk.

Den teoretiske referenceramme *relationel koordinering* dannede grundlag for integration af behandlings- og beskæftigelsesindsatsen i IBBIS. Fælles mål, vidensdeling og gensidig respekt er kerneelementer i denne metode. Udover at have arbejdsplads i samme lokaler, skulle trepartsmøder og fælles supervision mellem care-managere og beskæftigelseskonsulenterne sikre sammenhæng mellem behandlings- og beskæftigelsesindsatsen. Trepartsmøderne skulle som minimum holdes én gang i hvert borgerforløb, og formålet var, at der blev udarbejdet en fælles plan for tilbagevenden til arbejde. Fælles supervision mellem care-managere og beskæftigelseskonsulenter bidrog til at sikre fokus på det langsigtede fælles mål for borgerne.

Figur 1 viser en oversigt over den integrerede beskæftigelses- og behandlingsindsats i IBBIS.

4.5.1.3 Oplæring og supervision af IBBIS-personale

Forud for inklusion af deltagere blev der, i april 2016 gennemført fire ugers undervisnings- og oplæringsprogram for hele IBBIS-teamet. I tre af ugerne var der separat undervisning af hhv. care-managere og beskæftigelseskonsulenter, og i en uge blev personalegrupperne undervist samlet. Care-managerne havde efterfølgende monofaglig supervision hver 14. dag, og beskæftigelseskonsulenterne havde supervision hver uge. Hele teamet mødtes til fællessupervision en gang ugentligt (14,15).

4.5.2 Standardindsatsen

4.5.2.1. Den sundhedsfaglige standardindsats

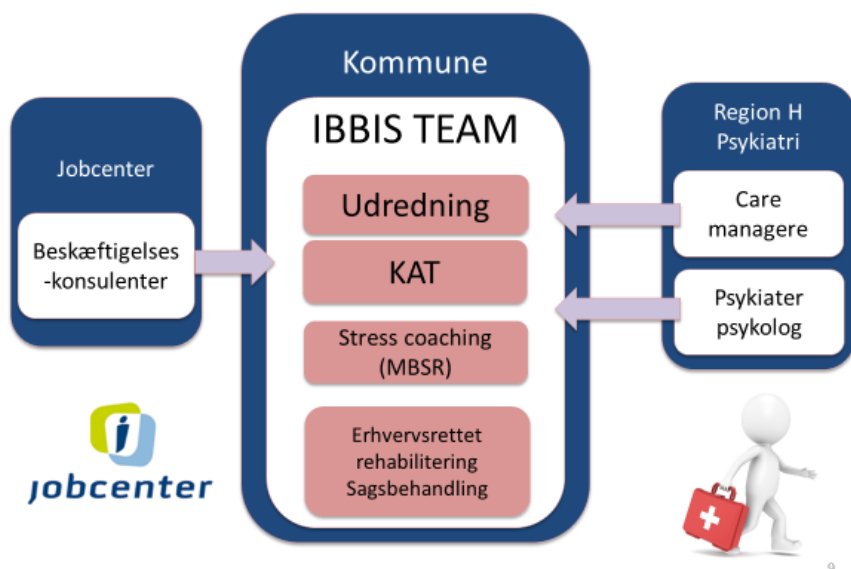
Den sundhedsfaglige indsats for deltagere, der var sygemeldt med angst eller depression, var baseret på kontakt og opfølgning hos egen læge, der kan tilbyde op til syv samtaleterapisessioner eller henvise til psykolog. Personer med depression (alle aldersgrupper) og angst (alder 18–38 år) kan modtage tilskud til 12 sessioner med individuel psykologterapi, hvis de henvises via egen læge. Borgere i IBBIS-projektet var ikke som udgangspunkt målgruppen for specialiserede tilbud i de psykiatriske centre (regionale tilbud), men kunne henvises dertil, hvis der blev behov for det, fx ved sygdomsforværring. De psykiatriske centre tilbyder strukturerede pakkeforløb til mennesker med depression eller angst, typisk bestående af 6-18 ambulante sessioner af psykoterapi (14).

Den sundhedsfaglige indsats for deltagere, der var sygemeldt med stress-relaterede tilstande, er mindre ensartet. Et stort antal private virksomheder i Danmark tilbyder behandling af stressrelaterede lidelser gennem et voksende marked med forsikringselskaber og out-of-pocket-tilbud. Disse er blevet karakteriseret som meget forskelligartede og uden en evidensbase. Praktiserende læger kan tilbyde op til syv behandlinger sessioner til patienter med sociale eller psykologiske klager. Det anslås, at 89% af de danske praktiserende læger tilbyder terapi til deres patienter, og blandt patienter registreret med stress eller tilpasningsreaktion

modtager 49% af disse behandlinger hos egen læge. Terapien er ofte meget kortvarig, da 36% af patienterne kun modtager en session og 73% får tre eller færre terapisesioner. Danske kommuner er ikke forpligtet til at tilbyde hjælp til mennesker, der lider af stress-relaterede lidelser, men to ud af tre kommuner i Danmark tilbyder mestringskurser eller stresshåndteringsgrupper (15).

4.5.2.2 Den beskæftigelsesrettede standardindsats

Jobcentrene skal i sygedagpengesager tilrettelægge et opfølgingsforløb med henblik på at understøtte tilbagevenden til job. Kommunen skal i sager med en varighed på mere end 8 uger afholde første opfølgningssamtale senest med udgangen af 8. sygefraværsuge, herefter følges op hver 4. uge. Kommunen skal så vidt muligt iværksætte en arbejdspladsbaseret indsats. For sygemeldte, der har en arbejdsgiver skal fokus være på muligheden for gradvis tilbagevenden. Kommunen har desuden mulighed for at henvise til mestringskurser. Ved revurderingstidspunktet efter 22 uger skal kommunen revurderer om sygemeldte fortsat har ret til sygedagpenge. Sygedagpengemodtagere, der ikke opfylder betingelserne for at få forlænget retten til sygedagpenge, men fortsat er uarbejdsdygtige på grund af sygdom, overgår til jobafklaringsforløb. Kommunen er ansvarlige for at sager på sygedagpengeområdet er tilstrækkeligt oplyst, herunder, at de relevante og nødvendige helbredsoplysninger foreligger. Samarbejdet mellem jobcenter og sundhedssystemet foregår i den forbindelse typisk gennem standardiserede lægeattester.



Figur 1: Integration af beskæftigelses- og behandlingsindsatsen i IBBIS

4.6. Effektmål

Data blev indhentet ved hjælp af spørgeskema besvarelser og registerdata ved baseline, og ved 6-, 12- og 24-månedersopfølgningen. Data blev indsamlet i perioden 2016 til 2020.

4.6.1. Primære effektmål

Det primære effektmål var tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen. Tilbagevenden til arbejde blev defineret som værende i arbejde i fire sammenhængende uger med løn, og uden at have modtaget sygedagpenge eller anden understøttelse i perioden. Oplysninger omkring indkomst blev hentet fra den danske DREAM-database. Projektets definition af tilbagevenden til arbejde omfatter ansættelser i fleksjob, for de borgere, der allerede ved inklusion i forsøget var godkendt til fleksjob.

4.6.2 Sekundære effektmål

4.6.2.1 *Beskæftigelsesrettede effektmål*

- Tid til tilbagevenden til arbejde ved 6-månedersopfølgningen
- Andel af sygemeldte borgere, der er tilbage i arbejde ved 6- og 12-månedersopfølgningen

4.6.2.2 *Helbredsrelaterede effektmål*

- Depressionssymptomer målt vha. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ved 6-månedersopfølgningen.
- Angstsymptomer målt vha. Beck Anxiety Inventory (BAI) ved 6-månedersopfølgningen
- Stress-symptomer målt vha. Cohen et al.'s Perceived Stress Scale (PSS) ved 6-månedersopfølgningen
- Social funktionsevne målt vha. Work and Social Adjustment Scale (WSAS) ved 6-månedersopfølgningen

4.6.3 Eksplorative effektmål og sikkerhedsmål

4.6.3.1 *Beskæftigelsesrettede effektmål*

- Tid til tilbagevenden til arbejde ved 24-månedersopfølgningen
- Andel i arbejde ved 24-månedersopfølgningen
- Uger i arbejde ved 12- og 24-månedersopfølgningen

4.6.3.2 *Helbredsrelaterede effektmål og sikkerhedsmål*

- Symptomer på udbrændthed ved 6- og 12-månedersopfølgningen, målt vha. Karolinska Exhaustion Scale (KES)
- Symptomer relateret til angst, depression, somatisering og stress ved 6- og 12-månedersopfølgningen målt vha The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), BAI, BDI II og PSS.
- Sygdomsrelateret, arbejdsrelateret og generel mestring (self-efficacy) ved 6- og 12-månedersopfølgningen målt vha. Illness Perception Questionnaire (IPQ), Return to Work Self Efficacy scale (RTW-SE) og General Self-Efficacy Scale (GSS)
- Arbejdsevne ved 6- og 12-månedersopfølgningen målt vha. Stanford Presenteeism Scale (SPS)

- Social funktionsevne ved 12-månedersopfølgningen målt vha. WSAS
- Generel og Helbredsrelateret livskvalitet ved 6- og 12-månedersopfølgningen målt vha. Flanagan QOLS og EQ-5D-5L
- Tilfredshed med de tilbudte indsatser ved 6-månedersopfølgningen målt vha. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)

En oversigt over effektmål, dataindsamlingsperioden og de anvendte datakilder findes i tabel 1, i bilag 2.

4.7. Dataanalyser

Inden projektets start blev der foretaget sample size og styrkeberegninger på alle primære og sekundære effekt mål. Sample size beregningen var baseret på det primære resultat for tilbagevenden til arbejde (målt som Hazard Ratio, HR). Da der efter forskernes viden ikke fandtes sammenlignelige danske undersøgelser, var estimerne baseret på hollandske undersøgelser af tilsvarende interventioner og med samme målgruppe som i IBBIS. Sample size var baseret på det primære effektmål, tilbagevenden til arbejde (Hazard Ratio (HR)). Middelværdien for antal dage fra baseline til at vende tilbage til arbejde i kontrolgruppen blev anslået konservativt til at være 210 dage. En HR på 1,5 blev vurderet at være klinisk relevant, og deltagerne blev rekrutteret over 639 dage og fulgt i 365 dage. Med et allokeringforhold på 1:1:1, svarende til de tre indsatsgrupper i forsøget, var der brug for 603 deltagere i hvert af RCTerne, svarende til 201 deltagere i hver arm. Styrkeberegninger viste, at 201 deltagere pr. gruppe ville være tilstrækkelige til at identificere relevante signifikante forskelle i de sekundære effektmål

Det primære mål var at teste, om der er nogen forskel i tid fra baseline til begivenheden at vende tilbage til arbejde mellem de tre grupper ved 12-månedersopfølgningen. De primære effektmål blev indsamlet som registerdata, fra DREAM-databasen, hvorfor data var forventet at være komplet. Kaplan-Meier overlevelseskurver blev beregnet, og forskellene mellem de tre interventionsgrupper blev testet med en Cox-regressionsanalyse for at estimere behandlingseffekten som HR med konfidensintervaller. Cox-regression blev også brugt til de sekundære effektmål ved 6-, 12- og 24-månedersopfølgningen: tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde. Antallet af uger hhv. andel i arbejde blev analyseret ved logistisk regression.

De selvrappede sekundære effektmål ved alle opfølgninger, BDI, BAI, PSS og WSAS blev analyseret ved hjælp af lineære mixede modeller med gentagne målinger og ustruktureret kovariansmatrix. Alle deltagere blev inkluderet i analysen i henhold til intention-to-treat-princippet, og manglende data blev håndteret ved generering af 100 imputationer.

Effekten af manglende data blev vurderet ved sensitivitetanalyser. Alle statistiske tests var tosidede.

Subgruppeanalyser blev planlagt og udført i følgende strata: pr. diagnose, pr. beskæftigelsesstatus, pr. to IBBIS-teams (Københavns kommune udgjorde et team, de andre tre kommuner det andet team) og pr. første

og sidste halvdel af de randomiserede deltagere. Yderligere blev alle analyser justeret for interaktionen mellem diagnose og interventionsgruppe. Sensitivitetsanalyser blev udført som best/worst case scenario. Post-hoc udførte vi alle analyser af beskæftigelsesrettede effektmål, justeret for interaktionen mellem intervention med henholdsvis a) IBBIS-teamallokering, b) første vs. sidste halvdel og c) beskæftigelsesstatus. (14–16)

5. Resultater

Resultaterne fra projekt IBBIS præsenteres under overskrifterne baselinekarakteristika, primære effektmål, sekundære effektmål og eksplorative effektmål. Resultaterne for RCT 1 og RCT 2 rapporteres i separate afsnit. Subgruppe - og sensitivitetsanalyser samt programtrofasthed, der angiver i hvilken grad IBBIS-indsatsen, blev udført som planlagt i projektperioden, rapporteres i samlede afsnit for de to RCTer.

5.1. Resultater fra RCT 1

5.1.1 Baseline karakteristika

Tabel 2 viser de sociodemografiske karakteristika og kliniske effektmål ved baseline i RCT 1. Det fremgår af tabel 2, at tre gange så mange kvinder (73,6 %) som mænd (26,4 %) deltog. Deltagerne havde en gennemsnitsalder på 41,9 år (SD 10,8). Den gennemsnitlige sygemeldingsperiode var på 11,1 uger (SD 4,17). Flere var sygemeldt fra arbejde end fra ledighed (77,5 % vs. 22,5 %). Depression var hyppigere som primær diagnose end en angstdiagnose (63,5 % vs. 36,5 %). Deltagere med depression havde et baseline niveau på BDI på 30,4 (SD 8,5) dvs. lige over cut-off mellem moderat og svær depression. Gruppen med angst viste et angstniveau ved baseline på BAI på 21,7 (SD 9), svarerende til midtvejs i det moderate interval (16 til 25).

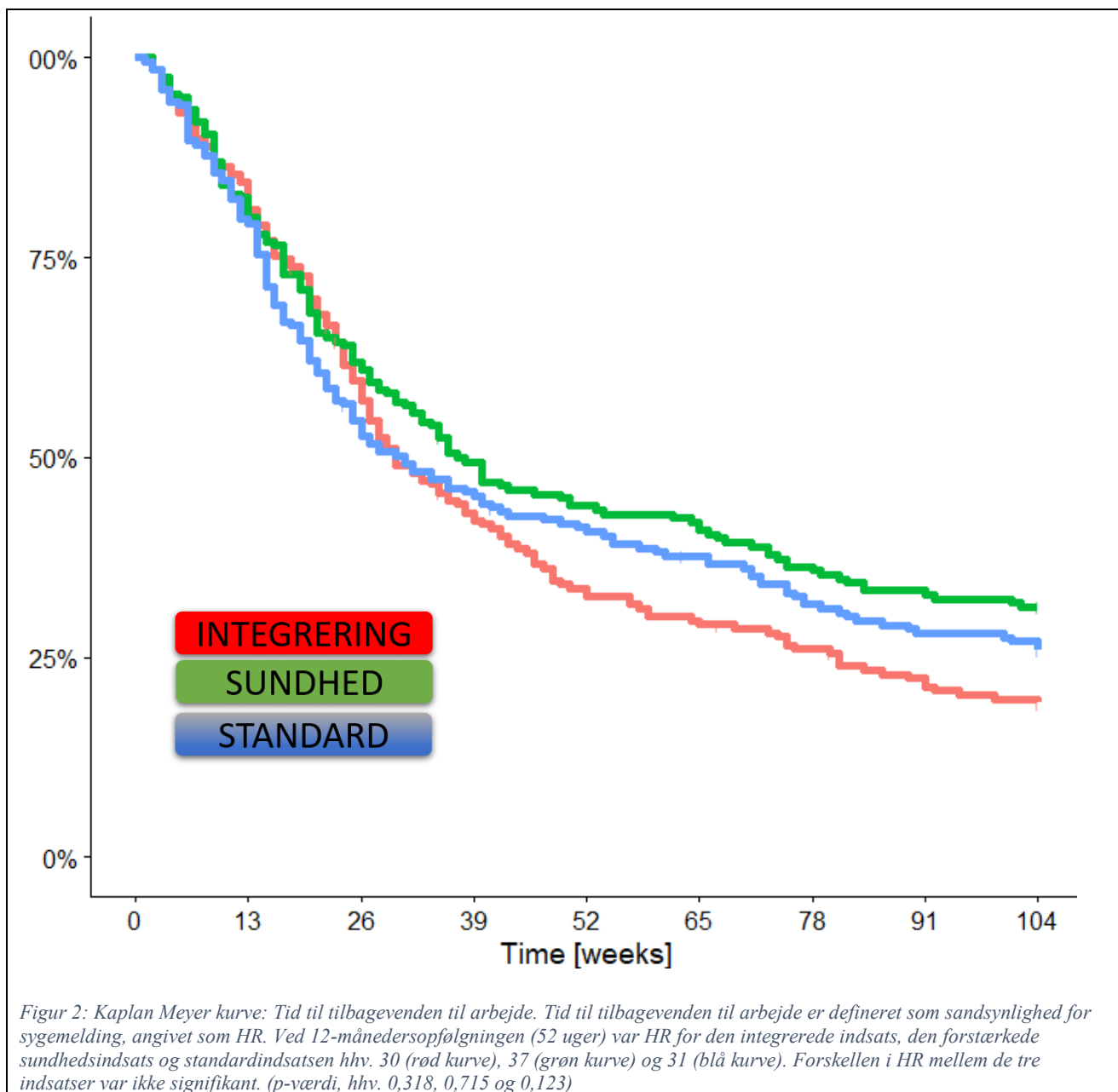
Kategori	Manglende værdier (%)	Underkategori	Indsats: INT n=206	Indsats: SUND n=200	Indsats: STAN n=203
Alder, gns. (SD)	0		40,42 (10,33)	4,17 (11,01)	43,08 (11,03)
Køn, n (%)	0	Kvinder	150 (72,8)	147 (73,5)	151 (74,4)
		Mænd	56 (27,2)	53 (26,5)	52 (25,6)
Fuldført uddannelseniveau, n (%)	0	1	27 (13,1)	26 (13)	28 (13,8)
		2	72 (35)	79 (39,5)	78 (38,4)
		3	107 (51,9)	95 (47,5)	97 (47,8)
Kommune, n (%)	0	KBH	124 (60,2)	123 (61,5)	129 (63,5)
		GENT	18 (8,7)	17 (8,5)	16 (7,9)
		GLAD	38 (18,4)	35 (17,5)	33 (16,3)
		LTK	26 (12,6)	25 (12,5)	25 (12,3)
Beksæftigelse status n (%)	0	Arbejde	160 (77,7)	154 (77,0)	158 (77,8)
		Ledig	46 (22,3)	46 (23)	45 (22,2)
BDI, gns. (SD)	0,7		28,12 (9,08)	27,71 (9,63)	27,05 (9,54)
BAI, gns. (SD)	0,7		22,33 (8,51)	21,68 (9,35)	21,8 (9,71)
PSS, gns. (SD)	0,7		26,04 (5,10)	25,45 (5,07)	25,97 (5,58)
WSAS, gns. (SD)	2,6		25,84 (7,07)	26,08 (7,42)	25,44 (7,7)
Sygefravær, gns. uge (SD)	0,2		11,22 (4,29)	11,32 (3,74)	10,84 (4,44)
Diagnose, n (%)	0	Angst	77 (37,4)	73 (36,5)	72 (35,5)
		Depression	129 (62,6)	127 (63,5)	131 (64,5)

Tabel 2: Baseline karakteristika, RCT 1. Forkortelser: SD: Standard Deviation; SUND: Den forstærkede sundhedsfaglige behandlingsindsats; STAN: Standardindsatsen; INT: Integreret indsats; KBH: København; GENT: Gentofte; GLAD: Gladsaxe; LTK: Lyngby-Taarbæk; Uddannelse niveau 1: Folkeskole og 10 klasse, niveau 2: Gymnasial uddannelse, Erhvervsuddannelse, niveau 3: Professionsbachelor, universitetsuddannelse. BDI: Bech Depression Inventory; BAI: Bech Anxiety Inventory; PSS: Perceived Stress Scale; WSAS: Work and Social Adjustment Scale

5.1.2 Primære effektmål.

5.1.2.1 Tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen

I RCT 1 blev der ikke fundet en statistisk signifikant forskel mellem den integrerede indsats i IBBIS, den forstærkede sundhedsindsats og standardindsatsen, målt på det primære effektmål, tid fra baseline til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen. Figur 2 illustrerer tid til tilbagevenden til arbejde i RCT 1



5.1.3 Sekundære effektmål

5.1.3.1 Beskæftigelsesrettede effektmål

5.1.3.1.1 Tid til tilbagevenden til arbejde ved 6-månedersopfølgningen

I RCT 1 var der ingen signifikante forskelle mellem den integrerede indsats, den forstærkede sundhedsindsats og standardindsatsen, når det gjaldt tid til tilbagevenden til arbejde ved 6-månedersopfølgningen.

5.1.3.1.2 Andel af sygemeldte borgere der er tilbage i arbejde ved 12-månedersopfølgningen

I RCT 1 kom en højere andel i den integrerede indsats i arbejde (56,2%) sammenlignet med den forstærkede sundhedsindsats (43,7%) og standardindsatsen (45,0%) (SUND vs. INT: OR⁶: 0,59, [p = 0,012, 98,3% CI: 0,36-0,98]; STAN vs. INT: OR: 0,64, [p = 0,0293, 98,3% CI: 0,39-1,05]) ved 12-månedersopfølgningen. Den forstærkede sundhedsindsats adskilte sig ikke fra standardindsatsen, når det gjaldt andel af sygemeldte borgere i arbejde ved 12-månedersopfølgningen.

5.1.3.2. Helbredsrelaterede effektmål

5.1.3.2.1 Symptomer relateret til angst, depression og stress ved 6-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen sås der færre stresssymptomer blandt deltagerne i den integrerede indsats ift. standardindsatsen (dif.⁷: -1,66, p= 0,0147) og tilsvarende blandt deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats ift. standardindsatsen (dif.: 1,46, p= 0,0339). Der var ikke forskelle mellem indsatserne, når det gjaldt graden af angst- og depressionssymptomer målt på BAI og BDI

5.1.3.2.2 Social funktionsevne ved 6-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen var der ingen signifikante forskelle mellem de tre indsatser, når det gjaldt den sociale funktionsevne hos deltagerne.

5.1.4. Eksplorative effektmål og sikkerhedsmål

5.1.4.1. Beskæftigelsesrettede effektmål

5.1.4.1.1 Tid til tilbagevenden til arbejde ved 24-månedersopfølgningen

Ved 24-månedersopfølgningen kom deltagerne i RCT 1 i den forstærkede sundhedsindsats langsommere tilbage i arbejde (21 % langsommere) end deltageren i den integrerede indsats. Der var ingen signifikante forskelle mellem den forstærkede sundhedsindsats og standardindsatsen (p=0,196) og den integrerede indsats og standardindsatsen (p=0,523).

5.1.4.1.2 Andel i arbejde ved 24-månedersopfølgningen

Ved 24-månedersopfølgningen var der ingen signifikante forskelle imellem de tre indsatser, når det gjaldt andel i arbejde.

5.1.4.1.3 Uger i arbejde ved 12- og 24-månedersopfølgningen

Med hensyn til antal uger i arbejde ved 12-månedersopfølgningen var der ingen forskelle mellem de tre indsatser. Ved 24-månedersopfølgningen havde deltagerne fra den forstærkede sundhedsfaglige indsats færre uger i arbejde (forsk. middelværdi 8,1 uger mindre) end deltagerne i den integrerede indsats. Det var ikke

⁶ Odds Ratio

⁷ Difference

signifikante forskelle mellem standardindsatsen og den integrerede indsats i forhold til antal uger i arbejde ved 24-månedersopfølgning.

5.1.4.2 Helbredsrelaterede effektmål

5.1.4.2.1 Symptomer relateret til angst, depression og stress ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen sås der blandt deltagerne i den integrerede indsats ift. dem i standardindsatsen færre symptomer på udbrændthed (dif.: -3,54, $p=0,0268$) og med hensyn til depressionssymptomer, målt ved 4DSQ-depression (dif: 0,66, $p=0,0382$). Ved 12-månedersopfølgningen var der ingen signifikant forskel mellem grupperne med hensyn til symptomer på angst, depression, og stress.

5.1.4.2.2 Mestring (self-efficacy) ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen viste deltagerne i den integrerede indsats og i den forstærkede sundhedsfaglige indsats bedre sygdomsrelateret mestring sammenlignet med deltagerne i standardindsatsen. (dif.: 1,27, $p=0,0008$ hhv. 0,78, $p=0,0466$). Deltagerne i den integrerede indsats havde bedre arbejdsrelateret mestring end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats (dif.: 1.64, $p = 0,045$). Der var ikke signifikant forskel i mestring imellem indsatserne ved 12-månedersopfølgningen.

5.1.4.2.3 Arbejdsevne ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Ved 6- og 12-månedersopfølgningen sås der ingen signifikante forskelle imellem indsatserne, når det gjaldt deltagernes arbejdsevne.

5.1.4.2.4 Social funktionsevne ved 12-månedersopfølgningen

Der sås ingen signifikante forskelle imellem indsatserne, når det gjaldt deltagernes sociale funktionsevne ved 12-månedersopfølgningen.

5.1.4.2.5 Livskvalitet ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Der var ingen signifikante forskelle i oplevelsen af livskvalitet, mellem den integrerede indsats, den forstærkede sundhedsindsats og standardindsatsen, hverken ved 6- eller 12-månedersopfølgningen.

5.1.4.2.6 Tilfredshed med de tilbudte indsats ved 6-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen var deltagerne fra den integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats mere tilfredse med den indsats de havde fået end deltagerne fra standardindsatsen. For begge indsats var forskellen signifikant (vedr. Integreret indsats vs. Standardindsats, dif.: 5,53, $p<0,0005$ og vedr. forstærket sundhedsindsats vs. standardindsats, dif.: 4,01, $p<0,0005$)

5.2 Resultater fra RCT 2

5.2.1 Baseline karakteristika

Tabel 3 viser de sociodemografiske karakteristika og kliniske effektmål ved baseline i RCT 2. Det fremgår af tabellen, at 77 % af deltagerne var kvinder. Gennemsnitsalderen var 45 år (SD = 10). De fleste deltagere var diagnosticeret med udbrændthed (53 %) efterfulgt af stress (29 %) og tilpasningsreaktion (18 %).

Gennemsnitlige baseline-score på tværs af grupper på de tre specificerede sekundære effektmål var: BAI (15,29), BDI (20,65) og PSS (23,04).

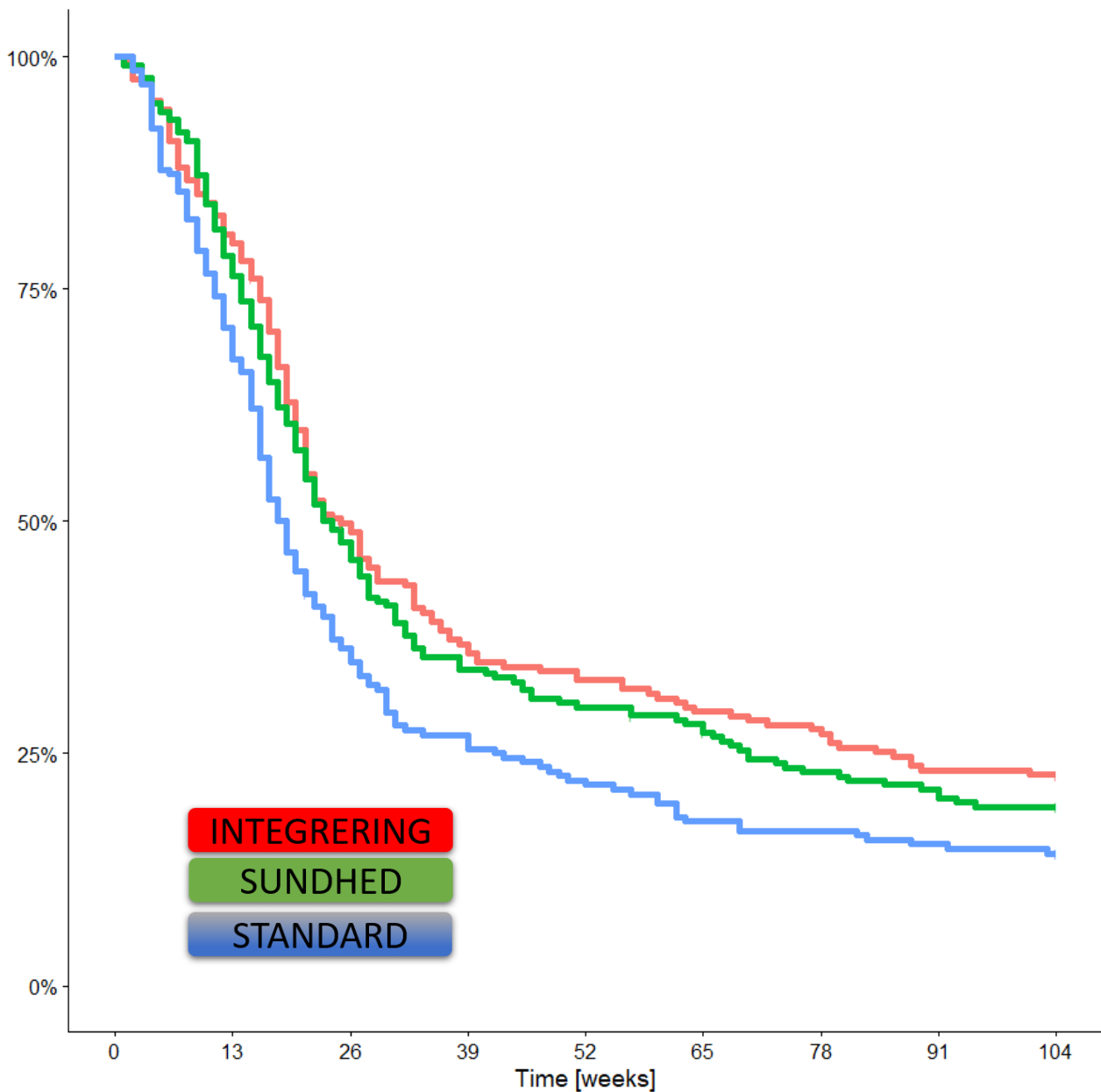
Kategori	Manglende værdier (%)	Underkategori	Indsats: INT	Indsats: Sund	Indsats: STAN
		N=	210	220	206
Alder gns. (SD)	0		45,22 (9,42)	45,26 (10,08)	43,18 (10,23)
Køn (n (%))	0	Kvinder	155 (73,8)	163 (74,1)	169 (82,0)
		Mænd	55 (26,2)	57 (25,9)	37 (18,0)
Fuldført uddannelsesniveau n (%)	0	1	18 (8,6)	16 (7,3)	15 (7,3)
		2	61 (29)	68 (30,9)	62 (30,1)
		3	131 (62,4)	136 (61,8)	129 (62,6)
Kommune (n (%))	0	KBH	127 (60,5)	133 (60,5)	121 (58,7)
		GENT	26 (12,4)	27 (12,3)	28 (13,6)
		GLAD	29 (13,8)	30 (13,6)	28 (13,6)
		LTK	28 (13,3)	30 (13,6)	29 (14,1)
Beskæftigelsesstatus (n (%))	0	Arbejde	177 (84,3)	188 (85,5)	177 (85,9)
		Ledig	33 (15,7)	32 (14,5)	29 (14,1)
BDI (gns. (SD))	0,3		21,15 (8,45)	20,45 (8,88)	20,35 (8,23)
BAI (gns. (SD))	0,3		15,70 (8,76)	14,43 (7,56)	15,75 (7,49)
PSS (gns. (SD))	0,3		23,32 (5,48)	22,67 (5,52)	23,13 (5,53)
WSAS (gns. (SD))	2,2		21,46 (7,92)	20,97 (7,93)	22,05 (7,92)
Sygefravær, uger (gns. (SD))	0		10,62 (2,80)	11,06 (3,99)	11,34 (3,66)
Diagnose (n (%))	0	Tilpasningsreaktion	41 (19,5)	37 (16,8)	39 (18,9)
		Udbrændthed	109 (51,9)	118 (53,6)	108 (52,4)
		Stress	60 (28,6)	65 (29,5)	59 (28,6)

Tabel 3: Baseline karakteristika, RCT 2. Forkortelser: SD: Standard Deviation; SUND: Den forstærkede sundhedsfaglige behandlingsindsats; STAN: Standardindsatsen; INT: Integreret indsats; KBH: København; GENT: Gentofte; GLAD: Gladsaxe; LTK: Lyngby-Taarbæk; Uddannelse niveau 1: Folkeskole og 10 klasse, niveau 2: Gymnasial uddannelse, Erhvervsuddannelse, niveau 3: Professionsbachelor, universitetsuddannelse. BDI: Bech Depression Inventory; BAI: Bech Anxiety Inventory; PSS: Perceived Stress Scale; WSAS: Work and Social Adjustment Scale

5.2.2 Primære effektmål.

I RCT 2 var standardindsatsen mere effektiv end den integrerede indsats (HR 1,43, p = 0,002) og den forstærkede sundhedsindsats (HR 1,35, p = 0,008), når det gjaldt det primære effektmål, tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen. Der var ikke forskel mellem den integrerede indsats- og den

forstærkede sundhedsindsats, i forhold til dette effektmål. Figur 3 illustrerer tid til tilbagevenden i arbejde i RCT 2



Figur 3: Kaplan Meyer kurve: Tid til tilbagevenden til arbejde, RCT 2. Tid til tilbagevenden til arbejde er defineret som sandsynlighed for sygemelding, angivet som HR. Kurven viser at ved 12 måneders (52 uger) opfølgning var HR for den integrerede indsats 25 (rød kurve), for den forstærkede sundhedsindsats var den 23 (grøn kurve) og for standardindsatsen (blå kurve) var den 19. Forskellen var signifikant mellem standardindsatsen og den forstærkede sundhedsindsats ($p=0,0077$) og standardindsatsen og den integrerede indsats ($p=0,002$), men ikke mellem behandlingsindsatsen og den integrerede indsats ($p=0,604$)

5.2.3 Sekundære effektmål

5.2.3.1 *Beskæftigelsesrettede effektmål*

5.2.3.1.1 Tid til tilbagevenden til arbejde ved 6-månedersopfølgningen

I RCT 2 var standardindsatsen mere effektiv end den forstærkede sundhedsindsats i forhold til tid til tilbagevenden til arbejde ved 6-månedersopfølgningen (HR: 1,41, p=0,069). Den var også mere effektiv end den integrerede indsats (HR 1,51, p=0,0015). Der var ikke signifikant forskel mellem den integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats ved 6-månedersopfølgningen.

5.2.3.1.2 Andel af sygemeldte borgere der er tilbage i arbejde ved 12-månedersopfølgningen

Ved 12-månedersopfølgningen var standardindsatsen mere effektiv end den forstærkede sundhedsindsats (OR: 1,76, p=0,0053), i forhold til andel af sygemeldte borgere der var tilbage ved 12-månedersopfølgningen. 60 % af deltagerne fra standardindsatsen, 53,8% af deltagerne fra den integrerede indsats og 46,5% af deltagerne fra den forstærkede sundhedsindsats var tilbage i arbejde efter 12 måneder. Der var ingen signifikante forskelle mellem standardindsatsen og den integrerede indsats, eller den integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats, når det gjaldt dette effektmål.

5.2.3.2 *Helbredsrelaterede effektmål*

5.2.3.2.1 Symptomer relateret til angst, depression og stress ved 6-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen havde deltagerne i den integrerede indsats færre symptomer på udbrændthed (dif.: - 3,54, p=0,0268) end deltagerne i standardindsatsen. Deltagerne i standardindsatsen havde flere angstsymptomer (dif.: 2,16, p = 0,005) målt på BAI og flere stresssymptomer målt på PSS (dif.: 1,83, p=0,005) end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats ved 6-månedersopfølgningen. Ved sammenligning af den forstærkede sundhedsindsats og den integrerede indsats, havde deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats en mindre grad af selvrapporterede stresssymptomer, målt på PSS (dif.: -1,4, p = 0,026) efter 6 måneder, end deltagerne i den integrerede indsats. De to indsatser adskilte sig ikke fra hinanden, når det gjaldt graden af angst- og depressionssymptomer ved 6-månedersopfølgningen. Der var ikke signifikante forskelle mellem den integrerede indsats og standardindsatsen, når det gjaldt angst-, depressions- og stresssymptomer.

5.2.3.2.2 Social funktionsevne ved 6-månedersopfølgningen

Ved opfølgning efter 6 måneder havde deltagerne i standardindsatsen højere social funktionsevne end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats (dif.: 2,11, p=0,0234). Der var ingen signifikante forskelle mellem den integrerede indsats og standardindsatsen, eller den integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats, når det gjaldt dette effektmål.

5.2.4 Eksplorative effektmål og sikkerhedsmål

5.2.4.2 *Beskæftigelsesrettede effektmål*

5.2.4.2.1 Tid til tilbagevenden til arbejde ved 24-månedersopfølgningen

Deltagerne i standardindsatsen havde en hurtigere tilbagevenden til arbejde ved 24-månedersopfølgningen end deltagerne i både den forstærkede sundhedsindsats (HR 1,3, $p=0,013$) den integrerede indsats (HR 1,39, $p=0,0027$).

5.2.4.2.2 Andel i arbejde ved 24-månedersopfølgningen

Når det gjaldt andel i arbejde, var der ingen forskel imellem indsatserne ved 24-månedersopfølgningen.

5.2.4.2.3 Uger i arbejde ved 12- og 24-månedersopfølgningen

Ved 12-månedersopfølgningen havde deltagerne i standardindsatsen i gennemsnit 24 uger i arbejde. Det var flere uger end deltagerne i den integrerede indsats og i den forstærkede sundhedsfaglige indsats, som havde hhv. 19,4 og 19,3 uger ($p=0,007$ hhv. $p=0,003$). Ved 24-månedersopfølgningen, havde deltagerne i standardindsatsen gennemsnitlig 10,3 uger mere i arbejde end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats og gennemsnitlig 8,7 uger mere i arbejde end deltagerne i den integrerede indsats.

5.2.4.3 *Helbredsrelaterede effektmål*

5.2.4.3.1 Symptomer relateret til angst, depression og stress ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Ved 6-månedersopfølgningen havde deltagerne i standardindsatsen højere grad af symptomer på udbrændthed end deltagerne i den integrerede indsats (dif.: 3,04, $p = 0,044$) og deltagerne i den forstærkede sundhedsfaglige indsats (dif.: 5,2, $p>0,005$). Deltagerne i standardindsatsen havde flere somatiserings-symptomer (dif.: 1,28, $p = 0,040$) og en større grad af psykisk stress (dif.: 1,41, $p = 0,040$) end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats ved 6-månedersopfølgningen. Ved sammenligning af den forstærkede sundhedsfaglige indsats og den integrerede indsats, adskilte de to indsatser sig ikke fra hinanden, når det gjaldt graden af angst- og depressionssymptomer, eller symptomer på udbrændthed ved 6-månedersopfølgningen. Der var ikke signifikante forskelle imellem den integrerede indsats og standardindsatsen, når det gjaldt angst-, depression- og stress-symptomer. Ved 12-månedersopfølgningen var der ikke signifikante forskelle mellem indsatserne med hensyn til angst-, depression- og stresssymptomer.

5.2.4.3.2 Mestring (self-efficacy) ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Der var ingen signifikante forskelle imellem de tre indsatser i forhold til mestring (generel, sygdomsrelateret og arbejdsrelateret), hverken ved 6- eller 12-månedersopfølgningen.

5.2.4.3.3 Arbejdsevne ved 6- og 12-månedersopfølgningen

I forhold til deltagernes arbejdsevne var ingen signifikante forskelle mellem de tre indsatser hverken ved 6- eller 12-månedersopfølgningen.

5.2.4.3.4 Social funktionsevne ved 12-månedersopfølgningen

Med hensyn til deltagernes sociale funktionsevne, sås der ingen signifikante forskelle mellem indsatserne ved 12-månedersopfølgningen.

5.2.4.3.5 Livskvalitet ved 6- og 12-månedersopfølgningen

Ved 6- og 12-månedersopfølgningen var der ingen signifikante forskelle i graden af deltagernes livskvalitet, mellem de tre indsatser.

5.2.4.3.6 Tilfredshed med de tilbudte indsatser ved 6-månedersopfølgningen

Med hensyn til tilfredshed med behandlingen målt efter 6 måneder rapporterede deltagerne i den forstærkede sundhedsfaglige indsats (dif.: 2,68, $p < 0,005$) og i den integrerede indsats (dif.: 2,86, $p < 0,005$) større tilfredshed end deltagerne i den standardindsats. Der var ingen forskelle i tilfredshed med behandlingen mellem deltagerne i den forstærkede sundhedsfaglige indsats og den integrerede indsats.

For et samlet overblik over resultaterne henvises til tabel 3 og 4 i bilag 3 (beskæftigelsesmålene ved 6-, 12- og 24-månedersopfølgningen i hhv. RCT 1 og RCT 2) og til tabel 6 og 7 i bilag 4 (de helbredsrelaterede effektmål ved 6- og 12-månedersopfølgningen for hhv. RCT 1 og RCT 2).

5.3 Subgruppe- og sensitivitetsanalyser

For at undersøge om IBBIS-indsatsens effekt ændrede sig over tid, blev der foretaget subgruppeanalyser af den første vs. sidste tidsmæssige halvdel af forsøgene. Resultaterne viste forskelle for de beskæftigelsesrettede effektmål mellem de to halvdele af projektperioden. Andelen af deltagere i arbejde ved 12-månedersopfølgningen steg fra 39 til 51 procent i standardindsatsen, men faldt i den integrerede indsats fra 66 til 47 procent. Andelen af deltagere, der var i arbejde i den forstærkede sundhedsindsats, var i begge perioder 44 procent. Der var således forskelle i effekter over tid, og disse ændringer var statistisk signifikante (i sammenligningerne af standardindsats versus integreret indsats ($p = 0,001$) og den forstærkede sundhedsindsats vs. den integrerede indsats ($p = 0,024$)).

Ligeledes blev der foretaget subgruppeanalyser for at undersøge om der var forskel i effekt imellem de forskellige IBBIS-teams, dvs. om der var større effekt af indsatsen i det ene IBBIS-team, i forhold til det andet. Der var ikke forskel på effekten af indsatserne i København (Team Byen) sammenlignet med de øvrige tre kommuner (Team Nord).

Subgruppeanalyser blev også foretaget for at undersøge om der er forskel i effekt af indsatserne i gruppen med depression hhv. gruppen med angsttilstandene. Der fandt vi i depressionsgruppen ingen forskelle med hensyn til tid til at vende tilbage til arbejde. I angstgruppen havde deltagerne i standardindsatsen hurtigere tilbagevenden til arbejde end deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats ved 6-månedersopfølgning (HR 1,89, $p = 0,009$; $p = 0,041$ for interaktion) og 12-månedersopfølgningen (HR 1,65, $p = 0,020$; $p = 0,021$ for interaktion).

Resultaterne af sensitivitetsskemaerne gav ikke anledning til at betvivle resultaterne fra de vigtigste analyser af beskæftigelsesrettede effektmål, i mere end ganske ringe grad. Da resultaterne primært var tydelige ved at vise sikre forskelle i en række tilfælde, påvirkede det ikke konklusionerne.

5.6. Programtrofasthedsmålinger

For at sikre at IBBIS-indsatsen blev implementeret som beskrevet i projektets protokol og at centrale principper blev overholdt, blev der gennemført seks programtrofasthedsmålinger gennem projektperioden. Målingerne blev udført af eksterne evaluatore, dvs. af medarbejdere der ikke var ansatte i IBBIS-projektet. Programtrofasthedsmålingerne blev gennemført ved interviews af IBBIS-teamets sundhedsfaglige personale, beskæftigelseskonsulenter, borgere og ledere, samt ved observation af møder og gennemgang af borgersager. Der blev anvendt en IBBIS-programtrofasthedsskala med 25 punkter, der dækket over seks områder, relateret til udredning, personalesammensætning og oplæring, organisering af IBBIS-teamet, beskæftigelsesindsatsen, den sundhedsfaglige indsats, samt den integrerede indsats. Alle seks områder var essentielle for en vellykket implementering af IBBIS-indsatsen. Samtlige 25 punkter blev vurderet på en skala fra 1 til 5, i hvilken grad de var implementeret i IBBIS-indsatsen. En højere score indikerede en mere optimal implementering.

Skalaen kunne opsummeres for hvert område (fx beskæftigelsesindsatsen) og samlet for alle seks områder. For at benchmarke graden af implementering var der tre cut-off på skalaen

- Opnåelse af 49 % af max point score eller mere: nogenlunde implementering
- Opnåelse af 75 % af max point score mere: god implementering
- Opnåelse af 90 % max point score eller mere: eksemplarisk implementering

Samlet viste de seks programtrofasthedsmålinger, at den sundhedsfaglige indsats i IBBIS blev implementeret med god programtrofasthed (vægtet gennemsnit: 87,8 %), mens den beskæftigelsesrettede indsats og integration af behandlings- og beskæftigelsesindsatsen i IBBIS blev implementeret med nogenlunde programtrofasthed (vægtet gennemsnit: 56,3 % hhv. 61,2 %).

Deltagere i den integrerede indsatsgruppe modtog mindre beskæftigelsesrettet indsats og integration af behandlings- og beskæftigelsesindsats i IBBIS end planlagt i undersøgelsesprotokollen, f.eks. blev færre treparts-møder afholdt, og møderne blev afholdt senere i forløbet end hvad der var beskrevet i IBBIS manualen. Tabel 8 og 9 i bilag 5 viser en oversigt over programtrofasthedsmålingerne i projektperioden

5.7. Interventionsdeltagelse

Opgørelser fra RCT 2 viser, at deltagere i den integrerede indsats, sammenlignet med deltagere i den forstærkede sundhedsindsats, modtog flere sessioner (gennemsnit 7,3 vs. 5,6 sessioner) og havde længere

behandlingsforløb (gennemsnit 142 vs. 122 dage). De fleste af deltagerne i standardindsatsen (81,5%) modtog sundhedsbehandling uden for IBBIS under forsøget, hvilket var højere end forventet. Selvom deltagerne accepterede at undlade at søge ekstern behandling under behandlingsforløbet i IBBIS, rapporterede 51,2% af deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats og 42,3% af deltagerne i den integrerede indsats, at de modtog behandling uden for IBBIS i løbet af den 6-måneders opfølgingsperiode. Behandlingen uden for IBBIS på tværs af alle tre grupper, bestod hovedsageligt af samtaler hos psykolog. Tabel 10 i bilag 5 viser en oversigt over ydelse forbrug i og udenfor IBBIS-indsatsen.

Der er vedr. interventionsdeltagelse ikke foretaget statistiske sikkerhedstest for forskelle.

6. Diskussion

Projekt IBBIS havde til formål at undersøge om en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats kunne hjælpe borgere, der var sygemeldt med angst, depression eller stressrelaterede sygdomme, hurtigere og bedre tilbage til arbejde. I forsøget blev effekten af den integrerede indsats sammenlignet med en forstærket sundhedsindsats og med standardindsatsen inden for behandling og beskæftigelse, målt på beskæftigelsesrelaterede og helbredsrelaterede effektmål. Resultaterne understøtter kun delvist vores hypoteser. Den integrerede indsats viste ikke konsekvent bedre resultater end den forstærkede sundhedsindsats eller standardindsatsen på tværs af alle effektmål.

6.2 Diskussion af resultater i RCT 1

Ved opfølgning efter 12 måneder var der en højere andel i arbejde blandt sygemeldte med angst og/eller depression i gruppen, der modtog den integrerede indsats, end i gruppen der modtog den forstærkede sundhedsindsats eller standardindsatsen. Ved 24-månedersopfølgningen var deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats kommet langsommere i arbejde og havde færre timer i arbejde, end deltagerne i den integrerede indsats. Sammenlignet med standardindsatsen havde deltagerne i den integrerede indsats et lidt lavere stressniveau, lidt bedre arbejds- og socialfunktion, højere self-efficacy og var mere tilfreds med behandlingen. Resultaterne fra RCT 1 tyder på, at selvom den integrerede indsats ikke *forkortede processen* med at vende tilbage til arbejde, hjalp den *flere* mennesker med angst og depression til at være tilbage i arbejde ved 12-månedersopfølgning. Med andre ord kan det at integrere beskæftigelse- og behandlingsindsatser ikke nødvendigvis hjælpe borgere på sygedagpenge hurtigere tilbage til arbejde, men den kan hjælpe flere til at være tilbage i arbejde ved et senere tidspunkt end mediantiden for første tilbagevenden til arbejde, som er efter ca. et halvt år.

6.3 Diskussion af resultater i RCT 2

Blandt deltagere, der var sygemeldt med stress-relaterede tilstande, var den integrerede indsats ikke mere effektiv end den forstærkede sundhedsindsats eller standardindsatsen, med hensyn til det primære effektmål tid til tilbagevenden til arbejde ved 12-månedersopfølgningen. Standardindsatsen var mere effektiv end den

integrerede indsats og den forstærkede sundhedsindsats, på samtlige beskæftigelsesmål, bortset fra andel i arbejde ved 12-månedersopfølgningen, hvor der ingen forskel var mellem standardindsatsen og den integrerede indsats. Den forstærkede sundhedsindsats var mere effektiv end standardindsatsen, når det gjaldt nogle af de helbredsrelaterede effektmål, men forskellen mellem indsatserne var af minimal klinisk betydning. Samlet set kunne hypotesen om, at den integrerede indsats ville være bedre end standardindsatsen og den forstærkede sundhedsindsats ikke bekræftes. Tværtimod var standardindsatsen bedre end den integrerede indsats, når det gjaldt tilbagevenden til arbejde. Effekten af standardindsatsen på beskæftigelsesmål, sammenlignet med den forstærkede sundhedsindsats, kan holdes op mod at deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats havde færre symptomer, bedre mestring og udviste mere tilfredshed med den indsats de havde modtaget end deltagerne i standardindsatsen. Kort sagt var standardindsatsen bedre end den forstærkede sundhedsindsats på de beskæftigelsesrettede effektmål, mens den forstærkede sundhedsindsats var bedre end standardindsatsen på de helbredsrelaterede effektmål. Det kan derfor diskuteres om standardindsatsen utvetydigt kan opfattes som bedre end den forstærkede sundhedsindsats.

6.4 Diskussion af resultater fra RCT 1 og RCT 2

Mulige forklaringer på de manglende effekter af den integrerede indsats på sygefraværets varighed kunne være, i både RCT 1 og RCT 2 at interventionerne i den integrerede indsats ikke blev leveret i henhold til protokollen: deltagerne blev tilbudt færre møder med beskæftigelseskonsulenterne, end der var planlagt, og kontakten med deltagernes arbejdsplads blev ikke implementeret tilfredsstillende. Selvom en sådan kontakt er vigtig ifølge IPS-tilgangen, har andre undersøgelser også fundet det vanskeligt at gennemføre i praksis.

Desuden modtog deltagerne i standardindsatsen et større antal beskæftigelsesrettede tilbud sammenlignet med deltagerne i den forstærkede sundhedsindsats, og i den integrerede indsats. Selvom kvaliteten af den beskæftigelsesrettede indsats og behandlingsindsatsen i IBBIS blev styrket ved at tilføje et integrerende element, kan den muligvis været blevet opvejet af, at mængden af beskæftigelsesrettet indsats i IBBIS var lavere end planlagt. Derudover blev integrationen af beskæftigelses- og behandlingsindsatserne ikke implementeret med vedvarende høj programtrofasthed.

De manglende effekter af den forstærkede sundhedsindsats på tilbagevenden til arbejde, kan skyldes, at der i konventionel kognitiv adfærdsterapi ikke er specifikt fokuseret på arbejde. En procesevaluering lavet i forbindelse med projekt IBBIS viste, at care-managerne i den forstærkede sundhedsindsats (som også var care-managere i den integrerede indsats), undertiden nedvurderede vigtigheden af sætte arbejdsrelaterede behandlingsmål. Dette kan bidrage til at forklare de manglende effekter af IBBIS indsatsen på tilbagevenden til arbejde.

6.5. Styrker og svagheder ved projektet

Projekt IBBIS blev omhyggeligt planlagt og en række potentielle bias blev forsøgt undgået for at sikre undersøgelsens kvalitet og validitet. Styrkerne ved forsøgene er for det første, at der blev lavet en styrkeberegning for at de primære og sekundære effektmål, der minimerer risikoen for falske negative resultater. For det andet blev der lavet en detaljeret statistisk analyseplan, systematisk rapportering af alle resultater og kun mindre protokolafvigelser, alt sammen udtømmende rapporteret for at undgå selektiv rapportering af effektmål. For det tredje blev der anvendt central randomisering med stratificering af prædiktive variabler, og alle forskere var blindet for allokering, og blindingen blev opretholdt til alle analyser var færdige og konklusionen var skrevet, så forskerne kunne holde sig objektive i hele analysefasen og ved udarbejdelsen af konklusionen. Anvendelsen af registerdata sikrede ca. 100% opfølgning på primært effektmål og de beskæftigelsesrettede sekundære effektmål.

Der var også begrænsninger ved forsøget. Deltagerne var ikke blinde for interventionen, hvilket kan have skabt forventningsbias, herunder lave forventninger til indsatser i kontrolgruppen. Denne forventningsbias blandt deltagerne i forsøget kan have indvirket på den oplevede tilfredshed med de tilbudte indsatser, hvorfor dette resultat bør læses med dette i mente. Medarbejderne i IBBIS-indsatsen var heller ikke blinde, hvilket kan have bidraget til anden eller større effekt end indsatsen ville have i drift, altså når den leveres uden det er som led i et randomiseret forsøg. En anden begrænsning var nogen grad af manglende data ang. selvrappede mål (vedr. symptomer, funktion og self-efficacy): Ved 6-månedersopfølgning var svarprocenten blandt deltagerne i kontrolgruppen på ca. 75 %, hvilket, trods imputationer, kan svække resultaternes validitet.

7. Konklusion

7.1 Konklusion for RCT 1

Sammenfattende viste resultaterne fra RCT 1 at den integrerede behandlings- og beskæftigelsesindsats var effektiv overfor borgere, der er sygemeldt med angst og depression, når det handler om at *flere* er i arbejde efter ét år, men at indsatsen ikke hjælper med at man kommer *hurtigere* tilbage til arbejde. Borgere der modtager den forstærkede sundhedsindsats og den integrerede indsats, havde desuden færre depressions- og stressrelaterede symptomer, samt bedre mestring end borgere i standardindsatsen ved 6-månedersopfølgningen.

7.2 Konklusion for RCT 2

Overfor borgere, der er sygemeldt med stress-relaterede tilstande bevirkede den forstærkede sundhedsindsats og den integrerede indsats, at borgere kom langsommere tilbage til arbejde, sammenlignet med standardindsatsen. Således var standardindsatsen mere effektiv på de beskæftigelsesrettede effektmål. Deltagere i standardindsatsen havde flere angst- og stressrelaterede symptomer end deltagerne i den

forstærkede sundhedsindsats ved 6-månedersopfølgningen, og flere symptomer på udbrændthed ved 12 måneders opfølgning, hvorfor standardindsatsen ikke entydigt kan siges at være bedre end de to indsatser i IBBIS.

7.3 Konklusion for RCT 1 og RCT 2

Der var ingen negative effekter af IBBIS indsatsen, når det drejer sig om helbredsrelaterede effektmål.

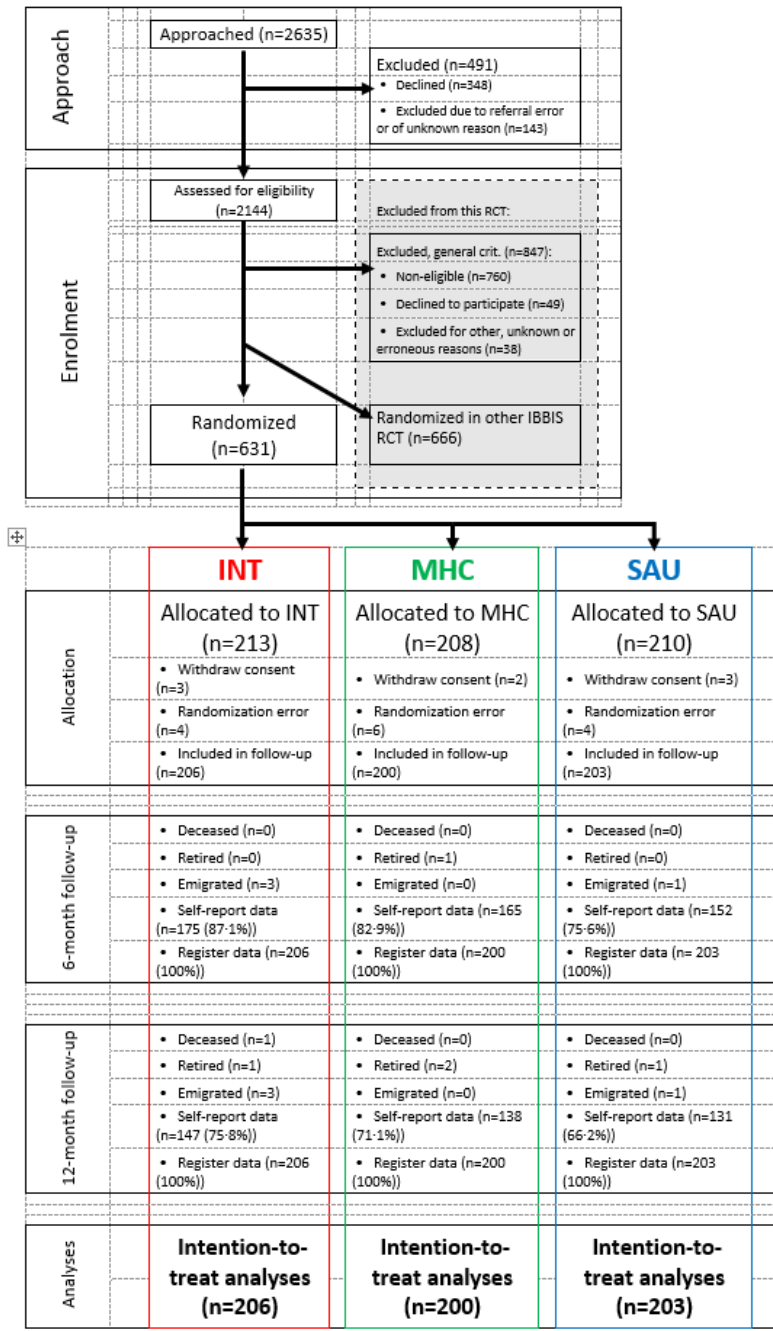
Fælles for RCT 1 og RCT 2 var, at der i gruppen, der modtog forstærkede sundhedsindsats og den integrerede indsats, var færre symptomer på stress og udbrændthed, end i gruppen der modtog standardindsatsen ved 6-månedersopfølgningen. Borgere der modtog behandling i IBBIS (den forstærkede sundhedsindsats og den integrerede indsats), var desuden mere tilfredse med behandlingen end borgere der havde modtaget standardindsatsen. Vi kan imidlertid på baggrund af opgørelserne vedr. implementering af IBBIS (programtrofasthedsmålingen) ikke udelukke, at den manglende effekt af IBBIS indsatsen skyldes, at indsatsen ikke blev implementeret tilstrækkelig godt.

Referencer

1. Co-operation O for E, Development. *Mental Health and Work: Denmark*. OECD Publishing; 2013.
2. Wittchen H-U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*. 2002;16(4):162–71.
3. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job Performance Deficits Due to Depression. *AJP*. 2006 Sep 1;163(9):1569–76.
4. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København:Sundhedsstyrelsen; 2015.;
5. Hauge-Helgestad A, Schepelern Johansen K, Hansen J, Dansk Sundhedsinstitut. *Behandling af mennesker med angst og depression: Kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af pespektiverne ved indførelse af collaborative care : Projekt 2741*. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
6. Hees HL, Koeter MWJ, Schene AH. Predictors of Long-Term Return to Work and Symptom Remission in Sick-Listed Patients With Major Depression. *J Clin Psychiatry*. 2012 Aug 15;73(8):0–0.
7. Nielsen MBD, Bültmann U, Madsen IEH, Martin M, Christensen U, Diderichsen F, et al. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability and Rehabilitation*. 2012 Jul 1;34(15):1311–6.
8. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;(10).
9. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2012;38(2):93–104.
10. Christensen J, Tybring CD. Scenarier for bedre psykiatrisk behandling. *Behandling efter referenceprogrammerne–hvad koster det for voksne med debuterende angsttilstande, depression og skizofreni*. 2012;
11. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212208.

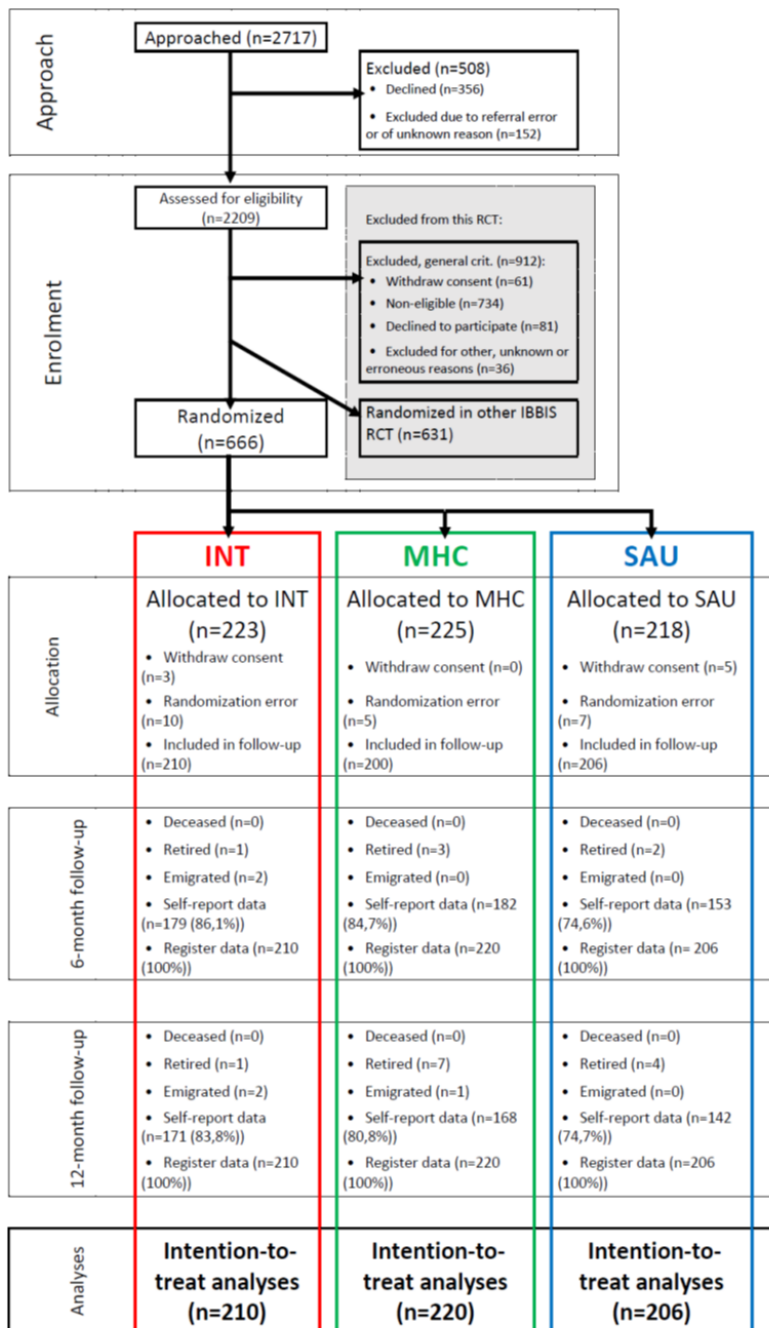
12. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 10];(9). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008297.pub2/full>
13. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M-J, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2016 Jul;209(1):14–22.
14. Poulsen R, Fisker J, Hoff A, Hjorthøj C, Epløv LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of exhaustion disorder, adjustment disorder, and distress (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):1–15.
15. Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C, Epløv LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017 Dec 2;18(1):578.
16. Poulsen R, Hoff A, Fisker JP, Sorgenfrei E, Blom CH, Epløv LF. Study Protocol: Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of common mental disorders (IBBIS).

Bilag 1



Figur 1: Deltager flow, RCT 1.

INT: Integreret intervention (dansk: Integreret behandling); MHC: Mental health care (dansk: den forstærkede sundhedsindsats); SAU: Service as usual (dansk: standardindsatsen); RCT: Randomized controlled trial



Figur 2: Deltager flow, RCT 2.

INT: Integrated intervention (dansk: Integreret behandling); MHC: Mental health care (dansk: den forstærkede sundhedsindsats); SAU: Service as usual (dansk: standardindsatsen); RCT: Randomized controlled trial

Bilag 2 Oversigt over effektmål

Primær effektmål

Datakilde	Effektmål	Baseline	Seks måneder	12 måneder	24 måneder
DREAM database	Tid til tilbagevenden til arbejde			X	

Sekundære effektmål

Datakilde	Effektmål	Baseline	Seks måneder	12 måneder	24 måneder
DREAM database	Andel i arbejde			X	
DREAM database	Tid til tilbagevenden til arbejde				X
DREAM database	Tid fra tilbagevenden til arbejde til første sygemelding				X
Spørgeskema	Depression symptomer målt ved Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	X	X		
Spørgeskema	Angst symptomer målt ved Beck Anxiety Inventory (BAI)	X	X		
Spørgeskema	Stress symptomer målt ved Cohen et al.'s Perceived Stress Scale (PSS)	X	X		
Spørgeskema	Social og arbejdsrelateret funktionsevne, målt ved Work and Social Adjustment Scale (WSAS)	X	X		

Eksplorative effektmål og sikkerhedsmål

Datakilde	Effektmål	Baseline	Seks måneder	12 måneder	24 måneder
Spørgeskemaer	Symptomer på stress, angst, depression og somatisering målt ved Four-	X	X	X	X

	Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)				
Spørgeskemaer	Depression symptomer målt ved BDI-II	X		X	X
Spørgeskemaer	Angst symptomer målt ved (BAI)	X		X	X
Spørgeskemaer	Stress symptomer målt ved PSS	X		X	X
Spørgeskemaer	Social og arbejdsrelateret funktionsevne målt ved WSAS	X		X	X
Spørgeskemaer	Symptomer på udbrændthed, målt ved Karolinska Exhaustion Scale (KES)	X	X	X	X
Spørgeskemaer	Helbredsrelateret livskvalitet målt ved EQ-5D-5L	X	X	X	X
Spørgeskemaer	Generel livskvalitet målt ved Flanagan QOLS	X	X	X	X
Spørgeskemaer	Symptommestring, målt ved Illness Perception Questionnaire (IPQ)	X	X	X	X
Spørgeskemaer	Arbejdsrelateret self-efficacy, målt ved Return to Work Self Efficacy scale (RTW-SE)	X	X	X	X
Spørgeskemaer	Generel self-efficacy målt ved General Self-Efficacy Scale (GSS)	X	X	X	X
Spørgeskemaer	Tilfredshed med behandling målt ved Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)		X		
Spørgeskemaer	Arbejdsevne målt ved Stanford Presenteeism Scale (SPS)		X	X	X
Spørgeskemaer	Brug af terapi og terapi lignende ydelser, udenfor IBBIS		X	X	X

Bilag 3

Effektmål	Opfølgning (måneder)	Effekt måltype	Grupperværdier			Gruppe sammenligninger mellem STAN - SUND			Gruppesammenligninger mellem STAN - INT			Gruppesammenligninger mellem SUND - INT		
			INT	SUND	STAN	Est.	p	98.3 %CI	Est.	p	98.3%CI	Est.	p	98.3%CI
Tid til tilbagevend en til arbejde (uger, HR)	6	S				1,29	0,093	(0,9-1,87)	1,22	0,187	(0,85-1,74)	0,94	0,678	(0,64- 1,36)
	12	P	30 [IQR: 17:>52]	37 [IQR: 17:>52]	31 [IQR: 15:>52]	1,14	0,318	(0,83 - 1,57)	0,96	0,715	(0,71-1,29)	0,82	0,123	(0,6 - 1,12)
	24	E	30 [IQR: 17:81]	37 [IQR: 17:>104]	31 [IQR: 15:>104]	1,17	0,196	(0,88 - 1,55)	0,93	0,523	(0,71 - 1,22)	0,79	*0,044 4	(0,6 - 1,05)
Andel i arbejde (% OR)	12	S	56.2%	43.7%	45%	1,08	0,720	(0,65 - 1,78)	0,64	*0,029 3	(0,39 - 1,05)	0,59	**0,01 2	(0,36 - 0,98)
	24	E	56.9%	51%	57.5%	1,32	0,176	(0,8 - 2,17)	1,05	0,826	(0,64 - 1,72)	0,79	0,240	(0,48 - 1,29)
Uger i arbejde (uger, RR)	12	E	18.3 [SD: 5.1]	15.8 [SD: 4.5]	17.6 [SD: 4.9]	1,12	0,270	(0,88 - 1,42)	0,97	0,767	(0,78 - 1,21)	0,87	0,156	(0,69 - 1,1)
	24	E	48.5 [SD: 10.5]	40.4 [SD: 9]	44.5 [SD: 9.5]	1,10	0,229	(0,91 - 1,35)	0,93	0,310	(0,78 - 1,11)	0,84	*0,024	(0,69 -1,01)

Tabel 4: En oversigt over beskæftigelsesmålene i RCT 1. Værdier angivet for hver indsats, og sammenlignet på tværs af indsatserne. Forkortelser S = sekundært effektmål, P = primært effektmål, E = eksplorativ effektmål. INT = integreret indsats, SUND = den forstærkede sundhedsindsats, STAN = standardindsatsen. Est = estimat, p= p-værdi.

Effektmål	Opfølgning (måneder)	Effektmålt type	Gruppeværdier			Gruppesammenligninger mellem STAN - SUND			Gruppesammenligninger mellem STAN - INT			Gruppesammenligninger mellem SUND - INT		
			INT	SUND	STAN	Est.	p	98.3% CI	Est.	p	98.3% CI	Est.	p	98.3% CI
Tid til tilbagevenden til arbejde (uger, HR)	6	S				1,41	**0,0069	(1,04-1,91)	1,51	**0,0015	(1,1 - 2,06)	1,07	0,590	(0,78-1,48)
	12	P	25 [IQR: 16:>52]	23 [IQR: 14:>52]	19 [IQR: 11:43]	1,35	**0,0077	(1,03-1,78)	1,43	**0,002	(1,08 - 1,89)	1,06	0,604	(0,8 - 1,41)
	24	E	25 [IQR: 16:86]	23 [IQR: 14:70]	19 [IQR: 11:43]	1,30	**0,013	(1,01-1,69)	1,39	**0,0027	(1,07-1,81)	1,07	0,527	(0,82-1,39)
Andel i arbejde (% OR)	12	S	53.8%	46.5%	60%	1,76	**0,0053	(1,08-2,85)	1,26	0,271	(0,76 - 2,08)	0,71	0,099	(0,44-1,17)
	24	E	58.2%	55.5%	60.5%	1,21	0,342	(0,74-1,98)	1,07	0,762	(0,64-1,76)	0,88	0,547	(0,54-1,45)
Uger i arbejde (uger, RR)	12	E	19.4 [SD: 5.4]	19.3 [SD: 5.2]	24 [SD: 6.4]	1,24	**0,003	(1,04-1,47)	1,22	**0,007	(1,02-1,45)	0,99	0,868	(0,82-1,19)
	24	E	48.8 [SD: 11.4]	47.2 [SD: 10.6]	57.5 [SD: 12.7]	1,21	**0,0029	(1,04-1,42)	1,16	**0,016	(1 -1,35)	0,97	0,605	(0,82-1,14)

Tabel 5: En oversigt over beskæftigelsesmålene i RCT 2. Værdier angivet for hver indsats, og sammenlignet på tværs af indsatserne. Forkortelser S = sekundært effektmål, P = primært E = eksplorativ effektmål. INT = integreret indsats, SUND = den forstærkede sundhedsindsats, STAN = standardindsatsen. Est = estimat, p= p-værdi.

Bilag 4

Opfølgningstidspunkt	Effekt mål kategori	Effekt mål type (S=sekundære, E=ekspolrative)	Gruppe gennemsnit (SDs)			Gruppesammenligninger mellem STAN-SUND			Gruppesammenligninger mellem STAN-INT			Gruppesammenligninger mellem SUND-INT			
			INT	SUND	STAN	Diff	p	98,3/CI	Diff	p	98,3&CI	Diff	p	98,3%CI	
6-måneders followup	Symptomer	BAI S	12,57 (8,56)	12,89 (9,06)	14,17 (9,41)	0,16	0,866	(-2,06 : 2,37)	1,28	0,179	(-1 : 3,56)	0,16	0,866	(-2,06 : 2,37)	
		BDI S	12,5 (9,03)	12,83 (9,8)	14,39 (11,09)	1,30	0,201	(-1,14 : 3,74)	1,37	0,167	(-1 : 3,73)	0,06	0,949	(-2,23 : 2,35)	
		PSS S	16,51 (7,38)	16,33 (7,03)	18,33 (7,33)	1,66	**0,0147	(0,03 : 3,3)	1,46	*0,0339	(-0,19 : 3,12)	-0,22	0,743	(-1,82 : 1,38)	
		KES E	65,82 (17,82)	67,4 (17,87)	69,92 (18,81)	2,03	0,196	(-1,73 : 5,79)	3,54	*0,0268	(-0,29 : 7,37)	1,50	0,335	(-2,24 : 5,25)	
		4DSQ- E	9,22 (6,25)	9,4 (6,5)	10,12 (6,72)	0,71	0,313	(-0,97 : 2,38)	0,67	0,316	(-0,94 : 2,29)	-0,02	0,979	(-1,66 : 1,63)	
		4DSO- E	13,04 (7,87)	13,75 (7,74)	14,18 (8,59)	0,31	0,668	(-1,45 : 2,07)	0,90	0,229	(-0,9 : 2,7)	0,57	0,423	(-1,14 : 2,29)	
		4DSO- E	3,9 (4,62)	4,3 (4,99)	4,49 (5,29)	0,32	0,566	(-1,03 : 1,67)	0,58	0,298	(-0,75 : 1,9)	0,26	0,631	(-1,04 : 1,55)	
	Funktionsevne	4DSO- E	1,72 (2,62)	1,83 (2,63)	2,64 (3,37)	0,57	0,074	(-0,19 : 1,33)	0,66	*0,0382	(-0,1 : 1,42)	0,09	0,781	(-0,65 : 0,82)	
		Arbejdsevne	WSAS S	13,44 (9,96)	14,96 (10,61)	15,05 (10,71)	-0,05	0,956	(-2,38 : 2,27)	1,23	0,197	(-1,06 : 3,52)	1,26	0,172	(-0,95 : 3,46)
		Arbejdsevne	SPS E	19,58 (2,93)	19,82 (2,68)	19,58 (3,77)	0,13	0,675	(-0,62 : 0,89)	0,12	0,682	(-0,6 : 0,85)	0,00	0,99	(-0,67 : 0,66)
		Self-efficacy	IPO E	17,34 (3,29)	16,88 (3,7)	15,85 (4,08)	-0,78	*0,0466	(-1,72 : 0,16)	-1,27	**0,0008	(-2,17 : -0,36)	-0,47	0,202	(-1,35 : 0,41)
			GSE E	26,74 (6,72)	26,29 (6,74)	25,6 (7,12)	-0,56	0,421	(-2,22 : 1,1)	-1,11	0,112	(-2,77 : 0,56)	-0,54	0,425	(-2,17 : 1,09)
		Livskvalitet	RTW-SE E	25,7 (9,06)	23,97 (9,14)	24,04 (9,79)	0,25	0,766	(-1,77 : 2,28)	-1,39	0,103	(-3,43 : 0,65)	-1,64	*0,0445	(-3,59 : 0,31)
			QoLs E	69,89 (14,75)	69,6 (15,03)	68,14 (16,02)	-0,94	0,515	(-4,38 : 2,51)	-1,05	0,459	(-4,44 : 2,35)	-0,12	0,93	(-3,5 : 3,26)
EQ5 E	0,79 (0,15)		0,78 (0,16)	0,77 (0,16)	-0,01	0,505	(-0,05 : 0,03)	-0,02	0,293	(-0,05 : 0,02)	-0,01	0,71	(-0,04 : 0,03)		
Tilfredshed med	CSQ E	26,83 (4,48)	25,36 (5,09)	20,03 (6,1)	-4,01	**<0,0005	(-5,53 : -2,48)	-5,28	**<0,0005	(-6,74 : -3,81)	-1,28	*0,0178	(-2,57 : 0,01)		
12 måneder followup	Symptomer	BAI E	12,05 (9,03)	11,96 (8,92)	12,34 (9,22)	1,04	0,096	(-0,46 : 2,54)	0,87	0,154	(-0,59 : 2,34)	-0,16	0,793	(-1,59 : 1,27)	
		BDI E	11,14 (10,58)	12,05 (9,92)	12,54 (11,56)	0,09	0,893	(-1,55 : 1,74)	0,41	0,536	(-1,18 : 2,01)	0,34	0,61	(-1,24 : 1,91)	
		PSS E	15,52 (7,82)	16,01 (7,22)	15,93 (7,64)	0,30	0,549	(-0,91 : 1,52)	0,58	0,25	(-0,62 : 1,77)	0,27	0,589	(-0,93 : 1,48)	
		KES E	57,73 (19,05)	59,64 (18,98)	60,62 (19,97)	0,91	0,605	(-3,31 : 5,13)	2,07	0,233	(-2,09 : 6,24)	1,16	0,494	(-2,92 : 5,24)	
		4DSQ- E	9,85 (6,99)	9,41 (6,38)	9,6 (6,61)	0,41	0,559	(-1,27 : 2,1)	0,11	0,87	(-1,53 : 1,76)	-0,28	0,675	(-1,91 : 1,34)	
		4DSQ- E	12,35 (8,1)	13,07 (7,62)	12,93 (8,69)	-0,21	0,793	(-2,09 : 1,68)	0,42	0,598	(-1,48 : 2,31)	0,61	0,417	(-1,19 : 2,41)	
		4DSQ- E	3,39 (4,15)	3,98 (4,97)	3,58 (4,72)	-0,09	0,869	(-1,4 : 1,22)	0,28	0,6	(-0,99 : 1,55)	0,37	0,476	(-0,88 : 1,63)	
	Funktionsevne	4DSQ- E	1,59 (2,64)	1,78 (2,4)	2,12 (3,25)	0,24	0,449	(-0,52 : 1)	0,33	0,3	(-0,43 : 1,08)	0,09	0,773	(-0,62 : 0,79)	
		Arbejdsevne	WSAS E	11,85 (9,81)	12,8 (10,61)	12,22 (10,55)	-0,17	0,803	(-1,85 : 1,5)	0,18	0,796	(-1,46 : 1,82)	0,36	0,594	(-1,26 : 1,97)
		Arbejdsevne	SPS E	19,53 (3,35)	19,88 (3,25)	19,35 (3,7)	0,03	0,932	(-0,9 : 0,97)	-0,32	0,397	(-1,21 : 0,58)	-0,31	0,375	(-1,15 : 0,53)
		Self-efficacy	IPQ E	17,21 (4,19)	17,04 (4,09)	16,38 (4,02)	-0,51	0,223	(-1,51 : 0,49)	-0,73	0,068	(-1,69 : 0,23)	-0,21	0,601	(-1,17 : 0,75)
			GSE E	28,22 (6,93)	27,46 (7,19)	27,21 (7,86)	-0,29	0,703	(-2,09 : 1,52)	-1,07	0,149	(-2,84 : 0,7)	-0,78	0,272	(-2,48 : 0,92)
		Livskvalitet	RTW-SE E	28,1 (9,24)	26,26 (9,7)	27,43 (9,25)	0,87	0,346	(-1,34 : 3,08)	-0,72	0,428	(-2,91 : 1,46)	-1,60	0,066	(-3,7 : 0,49)
			QoLs E	73,19 (15,68)	71,84 (15,98)	71,21 (16,67)	-0,45	0,77	(-4,15 : 3,25)	-1,23	0,427	(-4,94 : 2,48)	-0,77	0,612	(-4,42 : 2,88)
EQ5 E	0,8 (0,16)		0,78 (0,16)	0,79 (0,16)	0,00	0,828	(-0,04 : 0,04)	-0,01	0,687	(-0,05 : 0,03)	-0,01	0,528	(-0,05 : 0,03)		

Tabel 3: RCT 1: Selvrapporerede effektmål. ** $p \leq 0,0167$; * $0,05 \leq p < 0,0167$

Forkortelser: Diff.: Difference (estimated marginal mean); SD: Standard Deviation; SUND: den forstærkede sundhedsindsats; STAN: standardindsats; INT: Integreret indsats; BDI: Bech Depression Inventory; BAI: Bech Anxiety Inventory; PSS: Perceived Stress Scale; WSAS: Work and Social Adjustment Scale; 4DSQ: Four Dimensional Questionnaire; KES: Karolinska exhaustion disorder scale; IPQ: Illness Perception Questionnaire; EQ5DL: Health related quality of life; QoLs: Quality of Life Scale; RTW-SE: Return to work-self efficacy; SPS: Steppford Presenteeism scale; GSE: Generalized Self-Efficacy Scale; CSQ: The Client Satisfaction Questionnaire

Opfølgningstidspunkt	Effekt mål kategori?	Effekt mål type (S=sekundære, E=eksporative)	Gruppe gennemsnit (SDs)			Gruppesammenligninger mellem STAN_SUND			Gruppesammenligninger mellem STAN_INT			Gruppesammenligninger mellem SUND-INT		
			INT	SUND	STAN	Diff.	p	98,3%CI	Diff.	p	98,3%CI	Diff.	p	98,3%CI
6-måneders followup	Symptomer	BAI S	9,55 (7,48)	8,22 (7,07)	10,97 (7,91)	2,16	**0,0051	(0,32 : 4,01)	1,23	0,122	(-0,67 : 3,13)	-0,97	0,199	(-2,79 : 0,84)
		BDI S	10,54 (8,8)	9,36 (8,3)	11,12 (8,67)	1,37	0,112	(-0,7 : 3,44)	0,52	0,548	(-1,55 : 2,59)	-0,84	0,316	(-2,85 : 1,17)
		PSS S	15,55 (7,09)	13,77 (6,88)	16,01 (6,94)	1,83	**0,0055	(0,26 : 3,41)	0,43	0,506	(-1,13 : 2)	-1,40	*0,0261	(-2,91 : 0,11)
		KES E	61,34 (17,15)	58,92 (16,97)	65,47 (18,05)	5,24	**0,0007	(1,57 : 8,91)	3,04	*0,0445	(-0,59 : 6,67)	-2,20	0,133	(-5,7 : 1,31)
		4DSQ- E	7,81 (6,15)	7,47 (5,54)	9,01 (6,97)	1,28	*0,0402	(-0,21 : 2,77)	0,97	0,136	(-0,59 : 2,52)	-0,36	0,544	(-1,76 : 1,05)
		4DSQ-distr. E	10,54 (7,21)	10,28 (6,99)	11,92 (7,75)	1,41	*0,0365	(-0,21 : 3,03)	1,06	0,114	(-0,55 : 2,68)	-0,33	0,604	(-1,88 : 1,21)
		4DSQ-anx. E	2,13 (3,53)	2,03 (3,45)	2,78 (3,8)	0,70	0,065	(-0,21 : 1,6)	0,55	0,14	(-0,34 : 1,43)	-0,17	0,64	(-1,03 : 0,7)
		4DSQ-depr. E	1,29 (2,49)	1,08 (2,02)	1,24 (2,08)	0,14	0,527	(-0,38 : 0,66)	-0,06	0,788	(-0,6 : 0,48)	-0,19	0,4	(-0,73 : 0,35)
	Funktionsevne	WSAS S	11,84 (9,52)	10,46 (9,51)	13,23 (10)	2,11	*0,0234	(-0,12 : 4,33)	0,99	0,28	(-1,2 : 3,18)	-1,13	0,195	(-3,22 : 0,96)
	Arbejdsevne	SPS E	19,64 (2,46)	19,48 (2,99)	19,91 (2,63)	0,13	0,675	(-0,62 : 0,89)	0,12	0,682	(-0,6 : 0,85)	0,00	0,99	(-0,67 : 0,66)
	Self-efficacy	IPQ E	17,56 (3,58)	17,29 (3,76)	17,14 (3,73)	-0,09	0,801	(-1 : 0,81)	-0,31	0,409	(-1,21 : 0,59)	-0,20	0,585	(-1,07 : 0,67)
		GSE E	28,42 (6,66)	29,2 (6,64)	28,88 (6,01)	-0,30	0,632	(-1,82 : 1,22)	0,53	0,411	(-1,01 : 2,07)	0,83	0,187	(-0,68 : 2,35)
	Livskvalitet	RTW-SE E	26,6 (9,55)	27,02 (9,08)	26,29 (9,36)	-0,47	0,588	(-2,53 : 1,6)	-0,20	0,811	(-2,25 : 1,84)	0,30	0,713	(-1,67 : 2,28)
		QoLs E	74,21 (13,97)	74,95 (13,95)	74,7 (14,37)	-0,10	0,94	(-3,24 : 3,04)	0,53	0,682	(-2,6 : 3,67)	0,60	0,636	(-2,45 : 3,65)
	EQ5 E	0,83 (0,14)	0,85 (0,13)	0,82 (0,14)	-0,02	0,166	(-0,05 : 0,01)	0,00	0,787	(-0,03 : 0,03)	0,01	0,246	(-0,02 : 0,04)	
	Tilfredshed	CSQ E	25,46 (5,17)	25,25 (4,92)	21,73 (5,85)	-2,68	**<0,0005	(-4,12 : -1,24)	-2,86	**<0,0005	(-4,29 : -1,43)	-0,18	0,744	(-1,49 : 1,14)
12 måneders followup	Symptomer	BAI E	8,51 (7,01)	8,21 (7,01)	10,05 (8,57)	1,32	0,084	(-0,51 : 3,14)	1,03	0,184	(-0,83 : 2,9)	-0,31	0,676	(-2,09 : 1,47)
		BDI E	9,1 (8,04)	8,8 (9,01)	8,51 (7,87)	-0,20	0,819	(-2,28 : 1,88)	-0,49	0,563	(-2,53 : 1,55)	-0,27	0,747	(-2,28 : 1,74)
		PSS E	13,84 (7,21)	14,02 (7,5)	14,59 (6,51)	0,38	0,57	(-1,23 : 2)	0,50	0,456	(-1,11 : 2,12)	0,12	0,857	(-1,49 : 1,73)
		KES E	53,69 (17,35)	52,18 (17,83)	56,48 (17,48)	3,56	*0,0233	(-0,2 : 7,31)	2,28	0,147	(-1,49 : 6,04)	-1,27	0,412	(-4,98 : 2,44)
		4DSQ- E	7,29 (5,67)	7,32 (6,01)	8,56 (6,65)	0,92	0,139	(-0,57 : 2,41)	0,89	0,163	(-0,64 : 2,42)	-0,07	0,911	(-1,48 : 1,35)
		4DSQ-distr. E	9,97 (6,83)	10,04 (7,57)	10,5 (6,82)	0,45	0,503	(-1,17 : 2,07)	0,44	0,507	(-1,16 : 2,05)	0,01	0,994	(-1,6 : 1,61)
		4DSQ-anx. E	1,8 (2,96)	1,75 (3,09)	2,35 (3,66)	0,47	0,196	(-0,4 : 1,33)	0,42	0,233	(-0,43 : 1,27)	-0,05	0,874	(-0,88 : 0,77)
		4DSQ-depr. E	1,06 (2,19)	1,21 (2,47)	0,85 (1,77)	-0,31	0,144	(-0,83 : 0,2)	-0,18	0,41	(-0,7 : 0,34)	0,14	0,521	(-0,39 : 0,68)
	Funktionsevne	WSAS E	10,14 (9,45)	10 (9,47)	10,09 (9,39)	0,05	0,955	(-2,18 : 2,29)	-0,22	0,812	(-2,45 : 2,01)	-0,28	0,754	(-2,42 : 1,86)
	Arbejdsevne	SPS E	19,33 (3,17)	18,4 (3,46)	19,06 (3,76)	0,03	0,932	(-0,9 : 0,97)	-0,32	0,397	(-1,21 : 0,58)	-0,31	0,375	(-1,15 : 0,53)
	Self-efficacy	IPQ E	17,67 (3,94)	17,59 (4,14)	17,44 (3,51)	-0,03	0,936	(-0,96 : 0,9)	-0,22	0,578	(-1,19 : 0,74)	-0,18	0,649	(-1,1 : 0,75)
		GSE E	29,25 (6,81)	30,29 (6,27)	30,09 (6,68)	0,08	0,898	(-1,45 : 1,61)	0,97	0,138	(-0,6 : 2,54)	0,90	0,161	(-0,64 : 2,44)
	Livskvalitet	RTW-SE E	28,86 (9)	29,01 (9,17)	28,44 (8,67)	-0,16	0,858	(-2,26 : 1,95)	-0,04	0,963	(-2,14 : 2,06)	0,16	0,857	(-1,9 : 2,21)
		QoLs E	76,44 (13,52)	75,25 (14,87)	77,19 (12,64)	1,28	0,327	(-1,85 : 4,41)	0,65	0,616	(-2,45 : 3,74)	-0,65	0,61	(-3,71 : 2,41)
EQ5 E		0,84 (0,13)	0,85 (0,14)	0,84 (0,13)	-0,01	0,468	(-0,04 : 0,02)	0,00	0,993	(-0,03 : 0,03)	0,01	0,452	(-0,02 : 0,04)	

Tabel 4: RCT 2: Selvrappede effekt mål. ** $p \leq 0,0167$; * $0,05 \leq p < 0,0167$

Forkortelser: Diff.: Difference (estimated marginal mean); SD: Standard Deviation; SUND: den forstærkede sundhedsindsats; STAN: standardindsats; INT: Integreret indsats; BDI: Bech Depression Inventory; BAI: Bech Anxiety Inventory; PSS: Perceived Stress Scale; WSAS: Work and Social Adjustment Scale; 4DSQ: Four Dimensional Questionnaire; KEDS: Karolinska exhaustion disorder scale; IPQ: Illness Perception Questionnaire; EQ5DL: Health related quality of life; QoLs: Quality of Life Scale; RTW-SE: Return to work-self efficacy; SPS: Stepford Presenteeism scale; GSE: Generalized Self-Efficacy Scale; CSQ: The Client Satisfaction Questionnaire

Bilag 5

Gennemførelse af IBBIS indsatsen og programtrofasthedsmålinger

Programtrofasthedsmålinger

IBBIS- programtrofasthedsskalaen

IBBIS programtrofasthedsskalaen består af 25 items, hvor hver item måles på en Likert-skala fra en til fem (den samlede skala spænder fra 25 til 125 point). De 25 items dækker over seks områder der vurderes som essentielle for IBBIS indsatsen (organisering, personale, integreret indsats, udredning, behandlingsindsats og beskæftigelsesindsats). Hver item vurderes ved en score fra 1 til 5, hvor 5 er optimal implementering og 1 er meget ringe implementering, og scorer fra 2 til 4 angiver stigende grad af implementering.

For at benchmarke graden af implementering er der tre cut-off på skalaen:

- 74 point (49%) eller mere: nogenlunde implementering
- 100 point (75%) eller mere: god implementering
- 115 point (90%) eller mere: eksemplarisk implementering

Resultater

Programtrofasthedsmålingerne blev gennemført ad seks omgange i perioden december 2016 til marts 2018.

Resultaterne præsenteres samlet i tabel 2 (simplificeret beskrivelse) og i tabel 3 (detaljeret beskrivelse)

Simplificeret programtrofasthedskategori	Vægtet gennemsnit (procenter)
Integration	61·2 %
IBBIS behandlingsindsats	87·8 %
IBBIS beskæftigelsesindsats	56·3 %
Organisering	78·4 %

Tabel 8: Resultater fra programtrofasthedsmåling (simplificeret beskrivelse)

Itemtype?	Itemnr	Item	Københavns kommune			Nord ⁸		
			Dec., 2016	Sept., 2017	Marts, 2018	Dec., 2016	Juni, 2017	Dec., 2017
Organisation	1	IBBIS teamet	3	2	2	4	2	3
	2	Organisatorisk integration	3	3	4	3	3	3
	3	Ledelsesmæssig opbakning	3	4	5	4	2	4
	4	Team leders rolle	1	1	4	3	4	5
	5	Psykiaters rolle	4	5	5	4	5	4
Personale	1	Case load	4	4	4	5	4	5
	2	Kontinuitet	4	4	4	4	4	4
Integration	1	Samarbejde gennem relationel koordinering	2	3	4	3	4	4
	2	Fælles beslutningstagen	3	4	4	4	5	5
	3	Brug af planer	4	4	4	4	5	5
Udredning	1	Udredning	4	4	5	4	5	5
Behandlingsindsatsen	1	Stepped Care	5	5	4	5	5	5
	2	Hjælp til selvhjælp	5	4	3	5	4	4
	3	Kognitiv adfærdsterapi	5	5	5	5	5	5
	4	Stress coaching	4	5	5	4	5	5
	5	MBSR	4	4	5	4	3	4
	6	Deltager og pårørende inddragelse	4	4	5	4	5	5

⁸ IBBIS-team Nord behandlede borgere henvist fra Gladsaxe, Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommune

Beskæftigelses- indsatsen	1	Arbejdsevne vurdering	4	4	4	4	4	4
	2	Åbenhed om sygdom	1	3	4	2	2	3
	3	Fokus på ordinært arbejde	1	3	5	2	2	4
	4	Hurtig indsats	1	4	4	1	1	3
	5	Individualiseret job søgning	4	5	5	5	5	5
	6	Kontakt til arbejdsplads	2	2	3	3	3	4
	7	Samarbejde med andre myndigheder	1	5	5	1	2	5
	8	Sideløbende støtte	2	4	4	3	3	4
Total			78	95	106	90	92	107

Tabel 9: Resultater fra programtrofasthedsmålingerne (detaljeret beskrivelse)

Forbrug af interventioner i IBBIS indsatsen, og eksterne sundhedsfaglige ydelser

I forbindelse med evaluering af IBBIS indsatsen, blev der registreret det samlede brug af interventioner, internt i IBBIS teamet og eksternt, altså sundhedsfaglige behandling udenfor IBBIS indsatsen.

Mere specifikt blev der registreret

- Behandlingsindsatsen i IBBIS: Antal sessioner med care-managerne, samlet varighed (antal minutter og antal dage i alt)
- Beskæftigelsesindsatsen i IBBIS: Antal møder med beskæftigelseskonsulenterne, online kontakter, placering af 1. treparts møder i relation til sessionerne med care-managere, antal treparts møder
- Type af sundhedsfaglig behandling udenfor IBBIS: Andel der ikke modtager behandling, antal sessioner, andel der modtager behandling hos psykiater, psykolog, egen læge, coach eller psykoterapeut, gruppeterapi eller andet
- Antal kontakter fordelt på behandler type; sessioner hos egen læge, psykolog, psykiater, andel af deltagere der havde > 1 kontakt til ambulante psykiatrisk behandling, psykiatrisk skadestue, eller psykiatrisk sengeafsnit (indlæggelse)
- Beskæftigelsesrettet rehabilitering: antal fysiske møder med og digitale kontakter til beskæftigelseskonsulenten i IBBIS, andel af deltagere der modtog beskæftigelsesrettet rehabiliterings udenfor IBBIS, samt disses varighed opgjort i antal minutter, antal dage.

Intervensionstype	Enhed		Indsatsgruppe INT	Indsatsgruppe SUND	Indsatsgruppe STAN
Behandlingsindsatsen i IBBIS	Antal sessioner	Middelværdi (SD); Median	9·6 (4·4); 10	8·8 (3·5); 10	
	Kumuleret varighed, minutter	Middelværdi (SD); Median	595 (262·4); 595	540·3 (176·7); 580	
	Varighed, dage	Middelværdi (SD); Median	157·4 (94·1); 142	149·7 (96·3); 132	
Beskæftigelsesindsatsen i IBBIS	Møder med beskæftigelseskonsulenter	Middelværdi (SD); Median	5·7 (4·5); 4		
	Digitale kontakter med beskæftigelseskonsulenter	Middelværdi (SD); Median	3·7 (4·3); 3		
Første treparts møde	Placering i behandlingsforløbet (efter antal møder hos care manager)	Middelværdi (SD); Median	3 (1·49); 3·66		
Antal treparts møder	Antal	Middelværdi (SD); Median	1·4 (1·1); 1		
Sundhedsfaglig behandling udenfor IBBIS (selv rapporteret)	Ingen behandling	Proportion [%]	57·7	43·7	14·9
	Antal sessioner i alt	Middelværdi (SD)	5·5 (4·2)	6·5 (6·2)	9·5 (6·2)
	Psykolog	Proportion [%]	12·9	17·6	44·4
	Psykiater	Proportion [%]	5·5	7·5	11·9
	Egen læge	Proportion [%]	12·4	11·1	20·4
	Coach eller psykoterapeut	Proportion [%]	8·5	10·1	15·9
	Gruppeterapi	Proportion [%]	3	5	8
	Andet	Proportion [%]	4	5	11·4
Sundhedsfaglig behandling udenfor IBBIS (registerdata)	Sessions, egen læge	Middelværdi (SD); Median	6·08 (5·39); 5	6·27 (4·58); 5	6·77 (4·69); 6
	Sessions, psykolog	Middelværdi (SD); Median	0·36 (1·55); 0	0·21 (0·95); 0	1·42 (3·23); 0
	Sessions, psykiater	Middelværdi (SD); Median	0·37 (1·57); 0	0·56 (2·21); 0	0·55 (1·79); 0
	≥ 1 ambulant psyk. kontakt	n (proportion, [%])	29 (14·1)	21 (10·5)	26 (12·8)
	≥ 1 psyk. indlæggelse	n	n/a (<5)	n/a (<5)	n/a (<5)
	≥ 1 psyk. skadestuebesøg	n	0	0	0
Registerdata: Erhvervsrettet rehabilitering	Møder med sagsbehandler eller beskæftigelseskonsulent i IBBIS	Middelværdi (SD); Median	5·22 (3·05); 5	2·73 (2·13); 3	2·8 (2·22); 2
	Virtuelle kontakter med sagsbehandler eller beskæftigelseskonsulent i IBBIS	Middelværdi (SD); Median	0·91 (1·2); 0	1·76 (1·76); 1	1·69 (1·5); 1
	Erhvervsrettede rehabiliteringsforløb	n (proportion [%])	25 (12·1)	66 (33)	99 (48·8)
	Erhvervsrettede rehabiliterings forløb, timer (kumuleret)	Middelværdi (SD); Median	6·51 (43·09); 0	22·71 (51·76); 0	47·26 (86·1); 0
	Erhvervsrettede rehabiliteringsforløb, antal dage	Middelværdi (SD); Median	4·01 (15·29); 0	21·22 (39·5); 0	35·76 (47·86); 0

Tabel 10: Forbrug af interventioner og sundhedsfaglige ydelser i, og udenfor IBBIS indsatsen ved seks måneders opfølgning