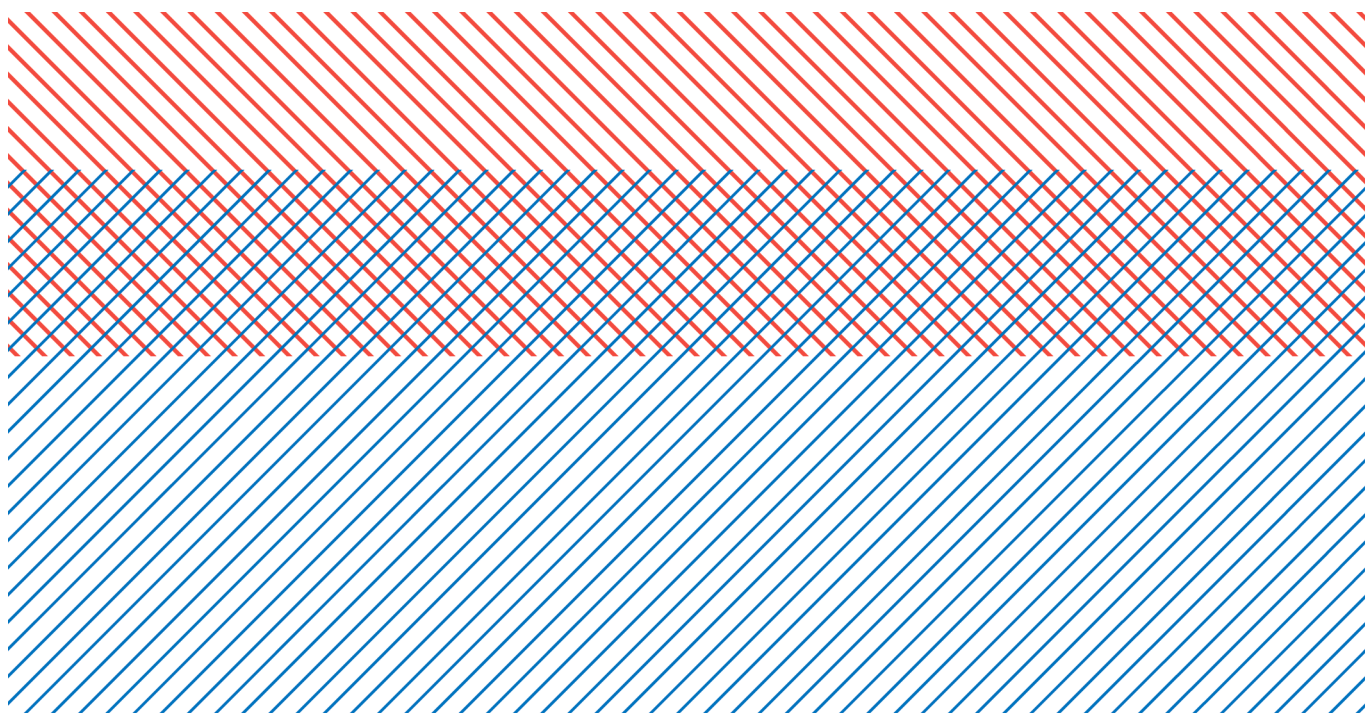


Rapport

Litteraturoversigt over effektstudier af indsatser til at nedbringe sygefravær



Henrik Lindegaard Andersen, Astrid Kiil og Jan Hyld Pejtersen

*Litteraturoversigt over effektstudier af indsatser til at nedbringe
sygefravær*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-605-4

Projekt: 301176

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Sygefraværet blandt offentligt ansatte er højere end for privatansatte, og fraværet er en udfordring på mange offentlige arbejdspladser. Formålet med denne rapport er at afdække viden om effekter af virkemidler til nedbringelse af sygefravær med særligt fokus på de store velfærdsområder. Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Beskæftigelsesministeriet.

Rapporten er udarbejdet af forsker Henrik Lindegaard Andersen, seniorforsker Astrid Kiil og seniorforsker Jan Hyld Pejtersen og har været gennemlæst og kommenteret af to eksterne reviewere. De takkes for konstruktive kommentarer.

Hans Hummelgaard

Analyse og forskningschef, VIVE Effektmåling

April 2019

Indhold

1	Indledning.....	5
2	Sammenfatning af viden	6
2.1	Sammenfatning af litteraturoversigtens resultater	6
2.2	Forebyggelse af sygefravær	6
2.3	Fastholdelse af sygemeldte	7
2.4	Områder med ingen eller sparsom viden.....	8
3	Resultater	10
3.1	Resultater – del I: Effekter af indsatser til forebyggelse af sygefravær	11
3.2	Resultater – del II: Effekter af indsatser til fastholdelse af sygemeldte	15
4	Effektstudiernes design og kvalitet	24
4.1	Diskussion af mulige årsager til "modstridende viden"	26
5	Litteraturoversigtens metode	27
5.1	Afgrænsning.....	27
5.2	Litteratursøgning	27
5.3	Udvælgelse af relevante studier	28
5.4	Afreportering af resultater	29
	Litteraturliste	31
Bilag 1	Opsummeringer af specifikke studier.....	35

1 Indledning

Sygefravær har store personlige og samfundsmæssige omkostninger, og det tager tid og ressourcer fra arbejdspladsernes kerneopgaver. Sygefraværet blandt offentligt ansatte er højere end for privatansatte, og fraværet kan derfor være en særlig udfordring på offentlige arbejdspladser (1). Dertil kommer, at der inden for det kommunale område er betydelige forskelle på medarbejdernes sygefravær, blandt andet er fraværet større på Sjælland end i resten af landet, ligesom der er forskelle på fraværet mellem de store kommunale personalegrupper (2).

Rapportens formål er dels at afdække viden om effekter af indsatser til at nedbringe sygefravær, og dels at vurdere evidensen ud fra Beskæftigelsesministeriets videnshierarki. Videnshierarkiet rangerer vidensniveauet fra 'ingen viden' til 'stærk evidens' afhængigt af antallet og kvaliteten af studier, der peger i samme retning. Rapporten inkluderer den forskningsbaserede litteratur om effekter af indsatser, der har til formål henholdsvis at forebygge sygefravær og at fastholde sygemeldte på arbejdsmarkedet, dvs. indsatser målrettet både raske beskæftigede personer og personer, der er sygemeldt fra arbejdet. Afrapporteringen er deskriptiv og holdes kortfattet, da fokus er at afdække viden fra primærstudier om effekter snarere end at foretage en dybdegående analyse. I bilaget til rapporten gengives detaljerede resuméer for samtlige inkluderede studier.

Overordnet afgrænses rapporten til indsatser med et beskæftigelsesrettet sigte, forstået således, at de skal have fokus på at påvirke tilknytningen til arbejdsmarkedet. Endvidere inkluderes studier af både kortere- og længerevarende perioder med sygefravær, mens studier af målgrupper med marginal tilknytning til arbejdsmarkedet ikke inkluderes. Ligeledes afgrænses litteraturen til indsatser, som, VIVE vurderer, ville kunne implementeres lokalt i en offentlig eller privat virksomhed, hvilket konkret betyder, at effektevalueringer af nationale reformer ekskluderes, såsom effekten af ændringer i den økonomiske kompensation i forbindelse med et sygedagpengeforløb. Denne afgrænsning er udelukkende sket af ressourcemæssige hensyn, men det betyder, at der kan eksistere områder med evidens, som ikke er medtaget i denne litteraturoversigt.

Rapporten er opbygget som følger: Kapitel 2 indeholder en overordnet sammenfatning af viden og en diskussion af den gennemgåede litteraturs begrænsninger. Kapitel 3 sammenfatter og diskuterer resultaterne af de udvalgte effektstudier af indsatser til forebyggelse af sygefravær og indsatser til fastholdelse af sygemeldte. Kapitel 4 diskuterer de gennemgåede effektstudiers design og kvalitet. Kapitel 5 redegør for nærværende litteraturoversigts metode.

2 Sammenfatning af viden

2.1 Sammenfatning af litteraturoversigtens resultater

På baggrund af litteratursøgningen og den tilhørende gennemgang har VIVE valgt at opdele den inkluderede litteratur i to grupper. Der er tale om dels indsatser, der a) retter sig imod raske personer i beskæftigelse, og dels indsatser, der b) retter sig mod beskæftigede, der er sygemeldt for øjeblikket. Førstnævnte gruppe af indsatser sigter mod at forebygge sygefravær, mens sidstnævnte sigter mod at fastholde den sygemeldte i beskæftigelse og facilitere en hurtig tilbagevenden. Inden for de to kategorier kan litteraturen grupperes efter den indsats, der evalueres, mens kategorien "fastholdelse" yderligere grupperes efter målgruppens helbredsmæssige udfordringer jf. Tabel 2.1.

Selvom indsatser eller målgrupper kan kategoriseres under én overskrift, så eksisterer der alligevel en betydelig variation inden for samme kategori, og indsatserne kan således fx strække sig fra det intensive og langvarige til det korte og kursoriske. VIVE grupperer indsatser og målgrupper på det valgte niveau, da yderligere opdeling fører til små kategorier med en begrænset vidensmængde.¹

Tabel 2.1 Oversigt over evidens i henhold til Beskæftigelsesministeriets videnshierarki

Forebyggelse (ikke-sygemeldte)	Fastholdelse (sygemeldte)
Fysisk aktivitet: <i>Modstridende viden</i> (11 studier)	Kognitiv terapi ved mentale lidelser: <i>Modstridende viden</i> (11 studier)
Kognitiv terapi: <i>Indikation</i> (4 studier)	Multidisciplinær indsats ved mentale lidelser: <i>Modstridende viden</i> (4 studier)
Beroligende information: <i>Indikation</i> (2 studier)	Multidisciplinær indsats ved muskel-skelet-lidelser: <i>Modstridende viden</i> (6 studier)
Uden for ovennævnte kategorier: 9 studier	Uden for ovennævnte kategorier: 11 studier

Note: Områder *uden viden* jf. Beskæftigelsesministeriets videnshierarki (forstået som ingen eller få studier af begrænset kvalitet, eller ingen overvægt af resultater i en bestemt retning) indgår i tabellen som "Uden for kategori". Se Tabel 5.2 for yderligere om hierarkiet.

2.2 Forebyggelse af sygefravær

I alt har VIVE inkluderet 26 evalueringer af *forebyggende* indsatser rettet mod personer, der ikke er sygemeldte. Heraf har 14 forsøg vist gavnlige effekter, mens 11 forsøg ikke finder signifikante resultater, og ét finder negative konsekvenser som følge af interventionen. Indsatserne kan opdeles i tre grupper af lignende indsatser samt én restgruppe: 1) studier af indsatser med fysisk aktivitet, 2) kognitiv terapi, 3) beroligende information, samt restgruppen.

Som det fremgår af Tabel 2.1, så har 11 ud af disse 26 forebyggende indsatser fysisk aktivitet som hovedelement – enten direkte i form af motion i arbejdstiden eller indirekte i form af opfordring til hjemmeøvelser, livstilsvejledning, wellness, nudging-tiltag eller udlevering af en skridttæller. På

¹ En regressionsbaseret metanalyse ville eventuelt kunne trække mere viden, om hvad der virker, ud af den indsamlede litteratur, men en sådan analyse ligger ud over de økonomiske rammer for nærværende rapport.

tværs af disse studier er der "modstridende viden" i forhold til, at fysisk aktivitet nedbringer sygefraværet. Modstridende viden betyder, at studierne viser resultater, der går i forskellig retning uden nogen overvægt i nogen retning. Havde der været en overvægt på ét studie af høj kvalitet eller flere studier med begrænset kvalitet, så ville VIVE konkludere, at der var en "indikation".² Konkret for disse 11 studier af forebyggende indsatser, så finder tre studier signifikante gavnlige effekter i forhold til at nedbringe sygefraværet, mens ét studie finder et forøget fravær som følge af indsatsen. De resterende syv studier finder ikke nogen statistisk sikre effekter, hvilket gør, at man ikke kan uddrage nogen viden om den sande effekt af indsatsen for disse studier – effekten kan både være nul, positiv eller negativ.

Ud over fysisk aktivitet har VIVE fundet fire indsatser baseret på "kognitiv terapi" og to indsatser med "beroligende information". Kognitiv terapi fokuserer på, hvad personen tænker om sin egen situation, og hvordan tankemønstre kan være med til at ændre følelser og adfærd, og kan fx være rettet mod personer, der arbejder i et travlt arbejdsmiljø med deraf følgende stress-påvirkninger (se nærmere beskrivelse i afsnit 3.2.1). Beroligende information kan være elementær oplysning om symptomer og årsager, samt afkræftelse af myter om, at man skal holde sig i ro osv., ved fx uspecifikke og forbigående smerter i lænderyggen.

VIVE har fundet fire forebyggende indsatser med kognitiv terapi, hvoraf de tre finder, at indsatsen reducerer sygefraværet. Da der er en overvægt på to eller flere studier med begrænset kvalitet, så konkluderes det, at der er en indikation på, at denne type indsats er virksom i forebyggelsen af sygefravær. Tilsvarende for studier af beroligende information til personer i risikogruppen, så konkluderer VIVE, at der er en indikation af, at denne type indsatser er virksomme idet begge identificerede studier finder, at indsatserne reducerer sygefraværet.

Endelig skal det kort nævnes, at litteratursøgningen også har identificeret ni yderligere studier af forskellige indsatser, som ikke kan kategoriseres på samme måde som ovennævnte indsatser. Disse ni studier udgør dermed en uhomogen restgruppe, hvor der ikke findes viden nok til at kunne konkludere noget i forhold til Beskæftigelsesministeriets videnshierarki. Indsatserne omfatter bl.a. besøg af en fysioterapeut på arbejdspladsen, der giver råd om ergonomiske ændringer, kurser i sundt kosthold, ergonomi eller workshops om stress, ernæring og motion, samtaler med en forebyggelsesvejleder, telefonbaseret opfølgning af sygefraværende meget tidligt i forløbet, og projekter finansieret af Forebyggelsesfonden, som skal forebygge fysisk og psykisk nedslidning på arbejdspladsen.

2.3 Fastholdelse af sygemeldte

VIVE har inkluderet 32 evalueringer, hvor indsatsen sigter mod at fastholde personer, der er sygemeldte fra ordinær beskæftigelse. Overordnet viser 11 af de 31 programmer ingen statistisk signifikante effekter, mens resultaterne for 16 indsatser viser, at tiltaget har virket fremmende for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet eller tilsvarende mål for tilknytningen til arbejdsmarkedet, som undersøgelserne anvender. Endelig er der fire studier, som finder en forværring som følge af interventionen. Det sidste af de 32 studier finder både gavnlige, forværrende og insignifikante effekter afhængigt af undergruppen, der betragtes.

Hvis studierne kategoriseres efter indsats og målgruppe jf. Tabel 2.1, så findes der 11 studier af sygemeldte med mentale helbredsproblemer, der anvender elementer fra kognitiv terapi. Heraf finder fire forsøg gavnlige effekter, mens syv studier ikke finder nogen signifikante effekter. Da der

² Tabel 5.2. viser hele Beskæftigelsesministeriets videnshieraki.

således ikke findes nogen overvægt af studier, der finder gavnlige effekter, mens der samtidig er en overvægt af studier, der ikke kan konkludere noget med statistisk sikkerhed, så konkluderer VIVE, at der er modstridende viden på området.

Ligeledes er der for sygemeldte med mentale helbredsproblemer fire indsatser, der alle omfatter multidisciplinær udredning, dvs. en vurdering af tværfaglige teams bestående af fx fysio- eller ergo-terapeuter, arbejdsmedicinere, psykologer eller psykoterapeuter og en sagsbehandler (jf. beskrivelsen i afsnit 3.2.4). For denne type indsatser er der imidlertid også modstridende evidens, idet to studier af begrænset kvalitet finder forværrende effekter, mens to forsøg ikke finder nogen signifikante effekter.

For sygemeldte med muskel-skelet-smerter findes der også forsøg, der beror på multidisciplinære indsatser. I denne gruppe finder to ud af seks forsøg gavnlige effekter, mens to forsøg ikke finder nogen signifikante effekter, og to forsøg finder et øget sygefravær, hvilket bestyrker konklusionen om modstridende evidens i forbindelse med multidisciplinære indsatser.

De 11 øvrige studier af sygemeldte kan ikke kategoriseres inden for de tre ovennævnte hovedkategorier, og der er ikke fundet en tilstrækkelig vidensmængde til, at VIVE kan konkludere noget i forhold til Beskæftigelsesministeriets videnshierarki. Indsatserne i disse studier omfatter bl.a. dialog-møder med arbejdsgiver eller fremrykkede møder med den sygemeldtes sagsbehandler, brugen af deltidssygemeldinger frem for fuldtidssygemeldinger, gradvis tilbagevenden til arbejdspladsen efter et sygdomsforløb samt beroligende information og specielle terapi- og træningsformer.

2.4 Områder med ingen eller sparsom viden

Litteraturoversigten viser også, at der er områder, hvor mere viden er nødvendig. Langt hovedparten af de indsatser, der er inkluderet, er rettet mod medarbejderne, uanset om der er tale om indsatser inden for forebyggelse eller fastholdelse. Imidlertid kan sygefraværet ansues som en funktion af forhold på fire organisatoriske niveauer, hvoraf medarbejderniveauet blot er det ene. De tre øvrige niveauer er:³

- Gruppen: Arbejdspladsens sociale og faglige liv udspiller sig ofte i teamet eller gruppen. Indsatser rettet mod fx teamets organisering af arbejdet, de sociale relationer og omgangstonen, kan derfor tænkes at kunne øge trivslen og sænke sygefraværet.
- Ledelsen: Velfungerende arbejdsgrupper med et godt arbejdsmiljø og en høj produktivitet afhænger sandsynligvis af virksomhedens ledelsesmæssige kompetencer. Derfor kan lederens evne til at strukturere arbejdsopgaverne, vedkommendes respekt blandt medarbejderne eller lederens kommunikative evner have betydning for trivsel og fravær blandt medarbejderne.
- Organisationen: På det øverste niveau i virksomheden fastlægges de overordnede rammer for arbejdsmiljøet i samarbejde med ledelsen og medarbejderrepræsentanter. Trivslen og sygefraværet kan derfor være relateret til forhold ved personalepolitikken, fokus på kompetenceudviklingen, strategier for kommunikation eller indsatsen for et godt arbejdsmiljø.

Søgningen har imidlertid ikke fundet nogen indsatser, hvor organisationen eller gruppen var primær genstand for interventionen.

³ Beskrivelsen nedenfor er inspireret af oplysninger fra Videncenter for Arbejdsmiljø, som kan findes på www.arbejdsmiljoviden.dk.

Endvidere er der kun få studier, der adresserer økonomien i projekterne og som således udfører beregninger af indsatsens lønsomhed. Set ud fra en strengt økonomisk betragtning er det ikke nødvendigvis tilstrækkeligt, at en indsats er effektiv i forhold til at nedbringe sygefraværet, da de økonomiske ressourcer, der medgår til indsatsen, også som minimum skal modsvares af nutidsværdien af fremtidige gevinster i form af nedbragte udgifter til bl.a. sygedagpenge samt øget trivsel, bedre medarbejderfastholdelse og højere produktivitet.

3 Resultater

VIVE har læst og inkluderet afrapporteringerne af 58 indsatser, der omhandler to afgrænsede målgrupper:

1. Beskæftigede, der ikke er sygemeldt
2. Beskæftigede, der er sygemeldt.

Indsatser vedrørende første målgruppe kan siges at have *forebyggende* karakter, og udfaldsmålet i den type undersøgelser er oftest hyppighed eller varigheden af eventuelle perioder med sygefravær. Indsatserne kan være bredt sammensatte med flere elementer og tiltag, men VIVE forsøger at kategorisere programmerne efter *hovedelementet i indsatsen*. For eksempel kan en forebyggende indsats omfatte motion og bevægelse i arbejdstiden, mens indsatsen samtidig kan omfatte kurser eller workshops med fokus på sundt kosthold.

For så vidt angår målgruppen af sygedagpengemodtagere, hvor fokus i indsatsen er *fastholdelse* af medarbejderen i jobbet eller i arbejdsstyrken, så er det anvendte udfaldsmål overvejende den hastighed, hvormed de sygemeldte vender tilbage til arbejdspladsen. Fastholdelsesindsatserne fordeles sig i to hovedgrupper af studier, som dels retter sig mod enten sygemeldte med muskel-skeletproblemer, eller sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Indsatserne omfatter ofte kognitiv terapi eller multidisciplinære indsatser, hvor flere faggrupper fx indgår i en udredning og udarbejdelsen af en handleplan.

De inkluderede indsatser er udvalgt efter kriterier, som kort har været omtalt i kapitel 2, og som der nærmere redegøres for i kapitel 5 om litteraturstudiets metode. Fælles for alle indsatser er, at de forsøger at afdække årsagssammenhænge ved at fastlægge det såkaldte kontrafaktuelle scenarie, dvs. hvad der ville være sket med deltagernes arbejdsmarkedstilknytning, såfremt vedkommende ikke havde modtaget behandlingen, jf. beskrivelsen i kapitel 4.

I de følgende afsnit gennemgås hovedresultaterne opdelt efter, om indsatsen er forebyggende (afsnit 3.1), eller om den skal fastholde personer, der allerede er sygemeldte (afsnit 3.2).

3.1 Resultater – del I: Effekter af indsatser til forebyggelse af sygefravær

VIVEs systematiske litteratursøgning og den efterfølgende screening har afdækket 26 *forebyggende* indsatser rettet mod personer i ordinær beskæftigelse, der ikke er sygemeldte. Heraf har 14 forsøg vist gavnlige statistiske signifikante effekter, mens 11 forsøg ikke finder signifikante resultater. Kun i ét tilfælde er der fundet direkte negative konsekvenser som følge af interventionen.

Studierne om forebyggelse af sygefravær kan overordnet inddeles i fire grupper: 1) indsatser med et hovedelement af fysisk aktivitet, 2) indsatser med kognitiv terapi, 3) indsatser med beroligende information og 4) øvrige forebyggende indsatser.

3.1.1 Indsatser med fysisk aktivitet

For 11 af indsatserne er hovedelementet fysisk aktivitet enten direkte i form af motion i arbejdstiden eller indirekte i form af hjemmeøvelser, livstilsvejledning, wellness, "nudging"-tiltag eller en udlevering af en skridttæller, jf. Tabel 3.1.

På tværs af studierne er der *modstridende evidens* for, at fysisk aktivitet nedbringer sygefraværet. Tre studier finder signifikante gavnlige effekter i forhold til at nedbringe sygefraværet, mens et studie finder et forøget fravær. De resterende syv studier finder ikke nogen signifikante effekter.

I det følgende fremhæves de tre studier, der finder signifikante reducerende effekter på sygefraværet.

Fælles for de tre studier er, at målgruppen har forhøjet risiko for sygefravær, enten fordi de har haft sundhedsproblemer tidligere, eller fordi de arbejder i et stresset arbejdsmiljø. Indsatserne varer mellem ti uger og et år, og er hhv. fra Danmark, Australien og Sverige.

Det danske studie (3) er udført i Sønderborg Kommune i 2012 blandt 54 sundhedshjælpere. Gruppen blev tilbudt individuel sundhedsvejledning, gruppebaseret fitness og styrketræning med supervision af fysioterapeuter i 50 minutter, tre gange ugentligt over 10 uger, i arbejdstiden. Kontrolgruppen blev kun tilbudt individuel sundhedsvejledning. Ved etårs-opfølgningen har 82 % i indsatsgruppen ikke haft noget sygefravær pga. muskel-skelet-lidelser de seneste tre måneder, hvilket kun er tilfældet for 60 % i kontrolgruppen.

Det australske studie (4) omfatter overvægtige mænd i skifteholdsarbejde, som får individuelle sundhedssamtaler, et værktøj til at registrere fysisk aktivitet, samt en mindre økonomisk tilskyndelse. Her falder sygefraværet i en periode på tre måneder før og efter indsatsen med 8 timer målt i forhold til udviklingen i kontrolgruppen.

Endelig omfatter det svenske studie (5) ansatte i tandlægeklinikker, der bliver frikøbt i 2,5 time pr. uge i et år mod et krav om at dyrke motion. Ordningen reducerer varighed og hyppighed af sygefraværet signifikant i forhold til kontrolgruppen, der ikke frikøbes.

Det danske studie, der overraskende finder, at fraværet øges som følge af indsatsen (6), er specielt for så vidt, at udfaldsmålet er det samlede fravær, der omfatter både sygefravær og fravær i forbindelse med motion i arbejdstiden. Da udfaldsmålet således adskiller sig fra de øvrige studier, så skal dette tages i betragtning ved fortolkning af resultatet. Ideen bag denne operationalisering, er, at projektet ikke vil give økonomisk overskud, medmindre den tid, der bruges på motion i arbejdstiden, opvejes af en reduktion i sygefraværet. Forfatterne argumenterer imidlertid også for, at det øgede fravær som følge af indsatsen kan hænge sammen med det forhold, at indsatsgruppen helbreds-screenses som et led i interventionen. Da denne screening viser et overraskende stort antal personer

med helbredsproblemer, kan interventionen utilsigtet legitimere et øget sygefravær i kraft af, at både medarbejdere og ledelse bliver opmærksom på eksisterende helbredsudfordringer.

Tabel 3.1 viser alle 11 studier af indsatser med fysisk aktivitet. Generelt bemærkes det, at litteratur-oversigten kun inkluderer studier, der identificerer årsagssammenhænge, men kvaliteten er lidt bedre blandt de studier, der ikke finder signifikante effekter, end blandt de studier, der finder signifikante reduktioner af sygefraværet, forstået på den måde at VIVEs vurdering af risikoen for "bias" er lavere for de ikke-signifikante forsøg. Bias er et udtryk for, at studiets påståede effekt er systematisk over- eller undervurderet på grund af metodiske eller designmæssige problemer ved studiet.

Tabel 3.1 Forebyggelse af sygefravær – Indsatser med fysisk aktivitet

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
(3)	Gruppebaseret fitness og styrke-træning samt kort individuel sundhedsvejledning (n=27)	Sundhedshjælpere med forudgående muskel-skelet problemer	Højere andel uden sygefravær i interventionsgruppen	Lav
(4)	Individuelle samtaler, skridttæller, registreringsværktøj og bonus (n=65)	Skifteholdsarbejdere med vægtproblemer	Større reduktion i sygefravær i interventionsgruppe end i kontrolgruppe	Lav
(5)	Arbejdstid reduceret med 2,5 timer/uge med (a; n=61) eller uden (b; n=51) krav om motion	Ansatte i tandlægeklinikker med travlt arbejdsmiljø	Sygefravær reduceres i varighed og hyppighed, men kun hvis krav om motion	Mellem
(7)	Motion i arbejdstiden, hjemmeøvelser og information (n=171)	Sundhedspersonale, der tidligere har haft lænderygsmerter.	Ej signifikant	Lav
(8)	Tiltag, der fremmer fysisk aktivitet (a; n=118); gruppebaserede motiverende samtaler (b; n=96); begge indsatser (c; n=92)	Kontoransatte på 19 forskellige afdelinger	Ej signifikant	Lav
(9)	Tilbud om træning i gruppe og individuelt med eller uden instruktør (n=367)	Ældre hospitalsansatte kvinder	Ej signifikant	Lav
(10)	Fitness-test, skridttæller og nudging (n=264)	Kontoransatte	Ej signifikant	Lav
(11,12)	Fysisk og mental individuel træning (n= 8 afdelinger, 171 personer)	Håndværkere fra 15 afdelinger i seks virksomheder	Ej signifikant	Lav
(13)	Bred intervention med screening og mange tilbud, fx sundhedskurser, wellness og fysisk træning (n=3.300)	Universitetsansatte	Ej signifikant	Lav
(14)	Livsstilvejledning med fokus på vægt og aktivitetsniveau (n=162)	Bygningsarbejdere	Ej signifikant	Lav
(6)	Uddannelse af 270 helsepiloter. Motion i arbejdstiden for ansatte i risikogruppen; øvrige får generelle sundhedsfremmende tilbud (n= ca. 3.000)	Sundhedspersonale i 11 kommuner. Ca. 7.000 ansatte	Indsatsen øger det totale fravær	Mellem

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen. Ikke-eksperimentelle design har typisk en lidt højere risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

3.1.2 Kognitive terapeutiske indsatser for ikke-sygemeldte

Tabel 3.2 viser de forebyggende indsatser, der benytter et element af kognitiv terapi (19-22). Kognitiv terapi fokuserer på, hvad personen tænker om sin egen situation, og hvordan tankemønstre kan være med til at ændre følelser og adfærd, og metoden bruges ofte ved behandling af tilstande såsom depression og angst, men også ved smertetilstande af mere specifik karakter.

Tre ud af de fire indsatser med kognitiv terapi finder gavnlige effekter, og på den baggrund konkluderes det, at der er indikation for, at kognitiv terapi er virksom i forhold til at forebygge sygefraværet for visse målgrupper.⁴

Et konkret eksempel er det svenske lodtrækningsforsøg (19) blandt ansatte med rygsmerter og deres ledere, hvor indsatsen benytter en kognitive adfærdsterapeutisk tilgang, der dokumenteres at have positive effekter. Indsatsen omfatter individuelle samtaler med leder og medarbejder, som forløber over fire uger. Interventionen for medarbejderen omfatter tre individuelle samtaler af halvdelen times varighed, mens lederen deltager i to samtaler af halvdelen til to timers varighed.

Tabel 3.2 Forebyggelse af sygefravær – kognitiv terapi

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
(19)	Individuelle forløb med kognitiv terapi for medarbejder og leder (82 ansatte og 30 ledere)	Ansatte med kroniske lænderygsmerter	Lavere andel med selvrapporteret fravær i indsatsgruppen end kontrolgruppen	Lav
(20)	Kognitiv terapi i grupper og individuelt (n=5.655)	Ansatte med mentale helbredsproblemer	Reduktion af sygefraværet	Mellem
(22)	Telefonbaseret kognitiv terapi samt hjemmeopgaver og bonus (n=217)	Ansatte kvinder med moderate til alvorlige mentale helbredsproblemer	Større fald i selvrapporteret sygefravær i indsatsgruppen end kontrolgruppen	Mellem
(21)	Kognitiv terapi, hvor medarbejdere matches med indsats baseret på risikoprofil (n=39)	Ansatte med risiko for smerte-relateret sygefravær eller invaliditet.	Ej signifikant	Lav

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

3.1.3 Beroligende information

Som det fremgår af Tabel 3.3 så har to studier (23, 24) undersøgt virkningen af beroligende information eller samtaler om den konkrete sygdom for ikke-sygemeldte. Beroligende information benyttes bl.a. til at oplyse om en smertetilstands eventuelle forbigående karakter, og at der således ikke er tale om en alvorlig sygdom, samt til at oplyse om de sundhedsmæssige fordele ved fysisk aktivitet. Begge studier finder gavnlige effekter, hvorfor det konkluderes, at der er en indikation på positive effekter på dette område.

Det ene er det danske lodtrækningsforsøg (23), hvor alle medarbejdere deltog i to samtaler, der havde til formål at informere og berolige med hensyn til lænderygsmerter. Årsagen til, at alle medarbejdere deltog – uanset om de havde smerter eller ej – var, at alle havde hårdt manuelt arbejde, og derfor var i højrisikogruppen for at udvikle denne type smerter (i en given måned er 56 % ramt). Resultaterne viser signifikante effekter af indsatsen, således at indsatsgruppen rapporterer om færre dages sygefravær og havde 83 % større sandsynlighed end kontrolgruppen for møde på arbejde,

⁴ Grunden til at VIVE ikke konkluderer, at der er "moderat evidens", er, at der ikke er en overvægt af to studier af høj kvalitet, som det kræves jf. Beskæftigelsesministeriets videnshierarki, der er omtalt i rapportens metodeafsnit.

selvom de var ramt af lænderygssmerter. En lignende norsk undersøgelse (24) bekræfter de gavnlige effekter forbundet med denne type indsats.

Tabel 3.3 Forebyggelse af sygefravær – beroligende information

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
(23)	Beroligende og oplysende samtale omkring lænderyg-problemer (n=256)	Ansatte med manuelt arbejde og høj forekomst af lænderygssmerter	Lavere månedligt sygefravær i interventionsgruppen	Mellem
(24)	Gruppebaseret beroligende oplysning (a; n=45) og mulighed for henvisning til udredning (b; n=48)	Ansatte i 135 afdelinger i 2 norske kommuner	Lavere sygefravær, men kun signifikant for den udvalgte indsats	Lav

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

3.1.4 Øvrige forebyggende indsatser

Blandt de ukategoriserede forebyggende indsatser, findes der seks tiltag, der har reduceret sygefraværet, mens tre indsatser ikke finder nogen signifikant effekt jf. Tabel 3.4. Da der imidlertid er tale om meget varierende indsatser, konkluderer VIVE ikke noget overordnet i forhold til Beskæftigelsesministeriets videnshierarki. Således findes der både eksempler på ergonomiske indsatser samt kurser og workshops med sundhedsfokus, ligesom der også er inkluderet et forsøg med tidlig telefonbaseret kontakt på første sygefraværsdag mv. De studier, der finder gavnlige effekter, nævnes kort nedenfor.

I to forsøg omfatter indsatsen kurser eller workshops med et sundhedsfokus. Forsøgene er rettet mod kontoransatte i hhv. Storbritannien (15) og Tyskland (16), og begge finder, at indsatsen reducerer sygefraværet. Begge indsatser omfatter kurser, seminarer eller workshops med fokus på sundhed, ernæring, motion eller ergonomi.

En anden indsats med kurser, seminarer eller workshops er anvendt i et dansk klyngeforsøg omfattende børnehavepersonale i København (17), som har arbejdet målrettet med at forbedre arbejdsmiljøet og derigennem formået at reducere sygefraværet i afdelingerne.

I et finsk forsøg (18) har udsatte arbejdspladser haft besøg af en fysioterapeut, der har gennemgået muligheder for ergonomiske forbedringer. Studiet finder, at indsatsen reducerer forekomst og varighed af sygefravær.

Endelig er der en skotsk indsats med telefonbaseret tidlig håndtering af sygefravær (27), som vi har inkluderet i forebyggelseskategorien, da indsatsen ligger så tidligt, at den må siges at have et forebyggende sigte, samt et amerikansk studie af holdundervisning i mindfulness for ansatte med angst (29), som finder gavnlige effekter for antallet af deltidssygemeldinger, men ikke for antallet af hele fraværsdage.

Tabel 3.4 Forebyggelse af sygefravær – øvrige indsatser

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
(18)	Besøg af fysioterapeut på arbejdsplads samt implementering af forslag (n=89)	Sundhedsansatte med smerter i nakke og skulder	Reduktion i antal sygefraværperioder og deres varighed	Lav
(27)	Telefonbaseret tidlig håndtering af sygefravær. Facilitere kontakt ml. sygemeldt, leder og kontaktpersoner. Henvisning til sundhedstilbud. (n1=11.185; n0=143.032)	Medarbejdere i det offentlige sundhedsvæsen i én skotsk by.	Sygefraværet falder i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen	Mellem
(17)	Behovsstyret intervention på afdelingsniveau (44 afdelinger)	Ansatte i børnehaver i København	Lavere incidens for sygefravær i interventionsgruppen	Mellem
(15)	Helbredsbedømmelse, informationsmateriale, seminarer og workshops om stress, ernæring, søvn og motion (3 afdelinger, 612 personer)	Kontoransatte	Mindre sygefravær i indsatsgruppen med nogen variation blandt undergrupper	Mellem
(16)	Kurser og seminarer i ergonomi, kosthold og gymnastik mv. (n=159)	Kontoransatte	Reduktion i sygefravær for indsatsgruppen mod en stigning i kontrolgruppen i samme periode	Høj
(29)	Holdundervisning i mindfulness (n=27)	Ansatte med angst	Færre dage med deltidssygefravær i indsatsgruppen, men ingen effekt på hele fraværsdage.	Høj
(25)	Kursus i ergonomi samt besøg af konsulent og workshops (n=59)	Køkkenansatte	Ej signifikant	Lav
(26)	Individuelle behovsstyrede samtaler med forebyggelsesvejleder samt handlingsplan og rundbordssamtaler (n=76)	Kvinder med risiko for sygefravær pga. psykosociale forhold	Ej signifikant	Lav
(28)	Flere indsatser der forebygger fysisk og psykisk nedslidning (127 projekter)	Medarbejdere på de virksomheder, der har fået støtte fra Forebyggelsesfonden	Ej signifikant	Høj

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

3.2 Resultater – del II: Effekter af indsatser til fastholdelse af sygemeldte

VIVEs systematiske litteratursøgning og den efterfølgende screening har afdækket 32 studier, hvor indsatsen er rettet mod personer, der er sygemeldt fra ordinær beskæftigelse.⁵ Overordnet finder evalueringerne af 16 af de 31 indsatser ingen signifikante effekter, mens resultaterne for 11 indsatser viser, at tiltaget signifikant har reduceret omfanget af sygefravær eller tilsvarende. Endelig er der fire resultater, som finder et signifikant øget sygefravær i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen som følge af interventionen. Det sidste af de i alt 32 studier finder både gavnlige, forværende og insignifikante effekter afhængigt af, hvilken undergruppe der betragtes.

⁵ Det skal dog bemærkes, at nogle få studier også omfatter en lille andel – op til 1/5 – personer, der er sygemeldt fra ledighed. VIVE har valgt at medtage disse resultater, selvom de bør tolkes med et vist forbehold, såfremt indsats og kontrolgruppen har en ujævn fordeling af sygemeldte fra ledighed.

Samlet er der 11 studier for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, der anvender elementer fra kognitiv terapi. Heraf finder fire forsøg gavnlige effekter, mens syv studier ikke finder nogen signifikante effekter. Da der således ikke er en overvægt af studier, der finder signifikante gavnlige effekter, konkluderes det, at der er modstridende viden.

Ligeledes findes der for sygemeldte med mentale helbredsproblemer fire indsatser, der alle omfatter multidisciplinær udredning eller vurdering af teams bestående af fx fysio- eller ergoterapeuter, arbejdsmedicinere, psykologer eller psykoterapeuter og en sagsbehandler. For denne type indsatser er der imidlertid også modstridende evidens, idet to studier af begrænset kvalitet finder forværrende effekter, mens to forsøg ikke finder nogen signifikante effekter.

For sygemeldte med muskel-skelet-smerter findes også forsøg, der beror på multidisciplinære indsatser. I denne gruppe finder to ud af seks forsøg gavnlige effekter, mens to forsøg ikke finder nogen signifikante effekter, og to forsøg finder et øget sygefravær som følge af indsatsen, hvilket bestyrker konklusionen om modstridende evidens inden for dette område.

Nedenfor præsenteres studierne opdelt på årsagen til målgruppens sygemelding – enten mentale helbredsproblemer eller muskel-skelet-smerter – og på typen af indsats.

3.2.1 Studier om fastholdelse af sygemeldte med mentale helbredsproblemer

Indsatserne er ofte baseret på principper fra kognitiv terapi eller omfatter deltagelse af forskellige personer i et multidisciplinært team, der foretager en udredning. Som nævnt tidligere ligger fokus i kognitiv adfærdsterapi på, hvad den sygemeldte tænker om sin egen situation, og metoden bruges ofte ved behandling af tilstande såsom depression og angst, men også ved smertetilstande af mere uspecifik karakter. Terapien kan både foregå individuelt og i grupper. Ideen er bl.a. at bryde negative tankemønstre, der hæmmer personen i at udføre hverdagsopgaver eller at gå på arbejde. Terapien understøttes ofte af hjemmeopgaver, hvor den sygemeldte arbejder med sine tankemønstre i hverdagen for derefter at drøfte oplevelsen med terapeuten ved næste møde. I kraft af at den kognitive terapi arbejder med at bryde tankemønstre, ses terapiformen også anvendt ved fx uspecifikke lænderygsmærter. I sådanne tilfælde fokuserer terapeuten på smerteoplevelsen og arbejder med at bryde den måde, smerterne skaber barrierer på. I nogle tilfælde kan indsatsen bedst beskrives som multidisciplinær, hvor flere faggrupper deltager i en bredspektret indsats, men de omfatter også elementer fra kognitiv adfærdsterapi, hvor der kan arbejdes med at bryde negative tankemønstre eller frygt og andre barrierer for tilbagevenden til arbejdspladsen.

Målgruppen er sygemeldte, der lider af mentale helbredsproblemer af varierende sværhedsgrad, fx inden for kategorierne følelsesmæssige sindslidelser samt nervøse og stress-relaterede tilstande. Konkret kan der være tale om moderate til svære depressioner, angst og tilpasningsforstyrrelser eller reaktioner på svær belastning – som eksempelvis arbejdsrelateret stress eller "udbrændthed". Oftest udelukkes personer med suicidale tendenser, svære psykotiske lidelser eller bipolære lidelser, men også misbrugere og personer med sammensatte sociale udfordringer. Symptomerne kan derfor være omfattende, men tæller eksempelvis træthed, mavepine, manglende evne til at lytte eller til at koncentrere sig, lavt selvværd og en følelse af håbløshed.

3.2.2 Kognitiv terapi

Samlet er der 11 studier for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, der anvender elementer fra kognitiv terapi. Heraf finder fire forsøg gavnlige effekter (30-33), mens syv studier (20,34-39) ikke

finder nogen signifikante effekter jf. Tabel 3.5 nedenfor. Da der således ikke findes en overvægt af studier, der finder gavnlige signifikante effekter, konkluderes det, at der er modstridende viden.⁶

Blandt de fire undersøgelser, der finder signifikante og gavnlige effekter, har fire anvendt elementer af kognitiv terapi. Heraf følger det ene forsøg (30) dog kun op i 16 uger, da det benytter et ventelistedesign, mens resultaterne for et andet studie (31) ikke er robuste over for ændringer i specifikationen af regressionsanalyserne, samtidig med at resultaterne vurderes at have en høj risiko for bias pga. en reform, der træder i kraft i opfølgningsperioden.

Tabel 3.5 Sygemeldte med mentale helbredsproblemer: Kognitiv terapi

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
(32)	Individuelt tilrettelagt kognitiv terapi (n1=58; n0=56)	Sygemeldte med stressrelaterede lidelser	Reducerer varighed, indtil personen er tilbage i job	Lav
(30)	Kognitiv terapi i grupper (n1=51; n0=51)	Sygemeldte og ikke-sygemeldte med stressrelaterede lidelser	Selvrapporteret sygefravær er lavere umiddelbart efter afslutning af programmet (16 uger)	Mellem
(33)	Individuelt online-kursus i kognitiv terapi mv. (n1=6 regioner og 89 patienter; n0=6 regioner og 131 patienter)	Sygemeldte i 4-26 uger med diverse problemer inkl. mentale lidelser	Lavere selvrapporteret sygefravær i interventionsgruppen	Mellem
(31)	Kognitiv terapi (n1=42; n0=42)	Sygemeldte over to måneder med stress	Andelen, der vender tilbage, er højere i indsatsgruppen, men kontrolgruppen gør det hurtigere	Høj
(34)	Psykoedukation og kognitive værktøjer i grupper med hurtig start (n1=215; n0=215)	Nye sygemeldte med stressrelaterede lidelser	Ej signifikant	Lav
(35)	Individuel kognitiv terapi målrettet diagnosen (n1=57; n0=80)	Sygemeldte med stressrelaterede lidelser	Ej signifikant	Lav
(36)	Kognitiv terapi (n=65), erhvervsrettet indsats (n=66) eller begge (n=80)	Sygemeldte med stressrelaterede lidelser	Ej signifikant	Lav
(37)	Behandling fastholdes i alm. praksis efter evidensbaserede retningslinjer (inkl. kognitiv terapi); (n1=125; n0=115)	Sygemeldte med mentale helbredsproblemer	Ej signifikant	Lav
(38)	Kognitiv terapi i grupper og individuelt samt kontakt med arbejdsplads (n1=78; n0=39)	Sygemeldte med svær depression	Ej signifikant	Lav
(39)	Bl.a. individuel kognitiv terapi samt kontakt med arbejdsplads (n1=65; n0=70)	Sygemeldte med svær depression	Ej signifikant	Lav
(20)	Kognitiv terapi både individuelt og i grupper (n=1.344)	Sygemeldte med mentale helbredsproblemer	Ej signifikant	Mellem

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

⁶ Et studie (34), der er inkluderet under "kognitiv terapi", har kun et mindre element af kognitiv terapi, og indsatsen er primært baseret på psykoedukation. Imidlertid gør det igen forskel for vores konklusion, om studiet inkluderes eller ej.

Blandt studierne, der finder gavnlige effekter af kognitiv adfærdsterapi blandt sygemeldte med stress-relaterede lidelser, er et hollandsk klynge-lodtrækningsforsøg (33), som leverer en onlinebaseret terapiløsning, der er individuelt tilrettelagt. Målgruppen for denne indsats omfatter tillige personer med andre somatiske (ikke-psykiatriske) helbredsproblemer, men der udføres ikke subgruppeanalyser, hvorfor der ikke kan siges noget om eventuelle heterogene effekter af indsatsen.

Et andet eksempel er et dansk lodtrækningsforsøg (32) blandt personer med arbejdsrelateret stress. Interventionen bestod af seks sessioner over 16 uger med individuel beskæftigelsesrettet kognitiv adfærdsterapi forestået af en psykolog. Formålet var at reducere symptomer på stress, øge deltagerens evne til at håndtere stress og facilitere tilbagevenden til arbejde, bl.a. ved at identificere de forhold, der forårsager stress hos personen. Efterfølgende tilbagevenden skete gradvist, afhængigt af personens helbred. Resultaterne viser, at interventionsgruppen vender hurtigere tilbage til arbejde sammenlignet med kontrolgruppen, og det typiske antal uger, før en sygemeldt er tilbage i varig beskæftigelse, er hhv. 15 og 19 uger i interventionsgruppens favør. Afgangsraten til varig beskæftigelse er 1,6 gange højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen efter 44 ugers opfølgning.

På samme måde har et svensk forsøg (31) konkluderet, at flere i interventionsgruppen vender tilbage til arbejdet, end i kontrolgruppen hurtigere vender tilbage til arbejdet, hvilket illustrerer, at der kan opstå en uensigtsmæssig effekt, såfremt den sygemeldte fastholdes i programmet, hvis vedkommende fx ønsker at færdiggøre forløbet, før han eller hun vender tilbage til arbejdet. Sådanne uønskede effekter kan muligvis reduceres ved at kombinere indsatsen med en gradvis tilbagevenden til arbejdspladsen eller ved intensivere opfølgningen.

Det sidste eksempel er et dansk lodtrækningsforsøg (30) med ventelistedesign, som både omfatter sygemeldte og ikke-sygemeldte, der lider af stress, hvor interventionen er gruppesessioner med kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation og samtaler om negativ tænkning, problemhåndtering mv. Indsatsen varer tre måneder, og der er ni personer på hvert hold. Resultaterne viser en 29 % reduktion i det selvrapporterede antal dages sygefravær sammenlignet med kontrolgruppen.

3.2.3 Multidisciplinære og øvrige indsatser

Ud over de ovennævnte kognitive terapeutiske indsatser har vores gennemgang af litteraturen afdækket syv øvrige studier jf. Tabel 3.6, hvoraf de fire er baseret på multidisciplinære indsatser (40-43). I tillæg er der tre studier med andre typer af indsatser (44-47).

De fire førstnævnte indsatser omfatter alle multidisciplinær udredning eller vurdering af teams bestående af fx fysio- eller ergoterapeuter, arbejdsmedicinere, psykologer eller psykoterapeuter og en sagsbehandler. For denne type indsatser for denne målgruppe er der imidlertid modstridende evidens, idet to studier af begrænset kvalitet finder forværende effekter, mens to studier ikke finder nogen signifikante effekter. Et af de to studier (40), hvor sygefraværet øges som følge af indsatsen, kan formentligt forklares med, at indsatsen bidrager til fastholdelse af de sygemeldte på sygedagpenge i en længere periode. Samtlige studier i denne gruppe vurderes at have en forhøjet risiko for bias, hvilket enten skyldes designmæssige forhold eller det forhold, at en reform træder i kraft midt i implementeringsfasen.

Tabel 3.6 Studier om fastholdelse af sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Multidisciplinære og øvrige indsatser

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
Multidisciplinære indsatser				
(40)	Multidisciplinær udredning, individuel handlingsplan og opfølgning (n1=88; n0=80)	Primært sygemeldte fra beskæftigelse, men også ledige (20 %) med mentale helbredsproblemer	Lavere andel selvforsørgede i indsatsgruppen efter 2 år	Mellem
(41)	Multidisciplinær helbredsbehandling (n1=83; n0=99)	Nyligt sygemeldte med mentale helbredsproblemer	Ej signifikant	Mellem
(42)	Multidisciplinær indsats og dialog med arbejdsplads (n1=74; n0=74)	Sygemeldte på hel- eller deltid med stress eller udbrændthed	Ej signifikant	Høj
(43)	Tidlig multidisciplinær udredning (n1=18; n0=15)	Sygemeldte med mentale og somatiske problemer	Signifikant flere sygedage i interventionsgruppen	Mellem
Øvrige indsatser				
(44,45)	Dialogmøder med arbejdsgiver (n1=73; n0=72)	Hel- eller deltidssygemeldte med stressrelaterede lidelser	Generelt: Ej signifikant. Dog hurtigere tilbage, hvis villig til at vende tilbage på trods af symptomer	Lav
(46)	Eksponeringsbaseret terapi i tillæg til sædvanlig behandling (n1=35; n0=21)	Sygemeldte med mentale lidelser, herunder angst. Klyngeledetrækning	Typisk varighed til fuld beskæftigelse er signifikant længere i indsatsgruppen	Mellem
(47)	Gradvis tilbagevenden for berettigede (n1=508; n0=554)	Sygemeldte med mentale helbredsproblemer	Flere tilkendegiver, at de er tilbage i arbejde efter 15 måneder	Høj

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

Blandt de øvrige indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer er et forsøg (44,45), hvor der afholdes flere dialogmøder mellem den sygemeldte, arbejdsgiver og en facilitator. Overordnet er det ikke nogen signifikante effekter forbundet med indsatsen, men for en undergruppe, der er villige til at vende tilbage til arbejdspladsen på trods af deres symptomer, er der gavnlige effekter af indsatsen. Endvidere er der et forsøg (46), hvor sygemeldte, der lider af angst, gradvist eksponeres for større doser af angstudløsende hændelser (eksponeringsbaseret terapi). Denne indsats øger imidlertid varigheden til fuld tilbagevenden til arbejdspladsen for indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, hvorfor indsatsen ikke kan anbefales. Endelig er der et forsøg (47) med gradvis tilbagevenden til arbejdspladsen, hvor evalueringen finder positive effekter, således at 88 % af indsatsgruppen tilkendegiver, at de er tilbage i job efter 15 måneder, mens det kun er tilfældet for 73 % i kontrolgruppen. Imidlertid har forfatterne foretaget nogle valg i matchingproceduren, som gør, at VIVE vurderer, at undersøgelsen har en høj risiko for bias.

3.2.4 Studier om fastholdelse af sygemeldte med smerter i muskel-skelet-systemet

For sygemeldte med muskel-skelet-lidelser har VIVE fundet 12 studier jf. Tabel 3.7, hvoraf fem finder signifikante og gavnlige effekter og dermed reducerer sygefraværet eller fører til, at deltagerne hurtigere vender tilbage til arbejdspladsen. Fem andre studier finder ikke nogen signifikante effekter. To forsøg viser direkte negative konsekvenser forstået på den måde, at indsatsen øger antallet af sygedage i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Indsatserne er ofte multidisciplinære (20,43,48-54), hvor flere faggrupper deltager i en bredspektret indsats, men de omfatter også elementer fra kognitiv adfærdsterapi (33), hvor der kan arbejdes med at bryde negative tankemønstre, der kan være barrierer for tilbagevenden til arbejdspladsen. Muskel-skelet-systemet benyttes her som samlet betegnelse for en gruppe af problemer, der ofte vedrører forbigående lænderyg-smerter eller smerter i nakke, skuldre, hænder eller arme. Ofte er målgruppen afgrænset, så symptomerne skal være arbejdsrelaterede, fx som følge af monotone gentagne bevægelser eller tunge løft.

For så vidt angår de multidisciplinære indsatser, så finder to ud af fem forsøg signifikante gavnlige effekter (49,50), mens to ikke finder nogen signifikante effekter (48,51-54), og to forsøg finder et signifikant øget sygefravær (20,43), hvorfor VIVE konkluderer, at der eksisterer modstridende viden på området.

Indsatsen er kendetegnet ved, at flere faggrupper deltager i udredningen af den sygemeldte. De repræsenterede faggrupper kan være sagsbehandlere, fysio- eller ergoterapeuter, arbejdsmedicinere eller psykologer. Udredningen sætter fokus på barrierer for, at personen kan vende tilbage til arbejdspladsen, og nærmeste leder kan inddrages for at diskutere, hvordan funktioner i jobbet mv. eventuelt kan modificeres for at facilitere en hurtig tilbagevenden. Ofte fører udredningen til oprettelsen af en handlingsplan, hvori de efterfølgende tiltag aftales mellem de involverede parter.

Endvidere er der eksempler på, at kognitive teknikker indgår som led i den efterfølgende behandling (55). Det kan være, hvis indsatsen omfatter beroligende råd og information til den sygemeldte om tilstandens forbigående karakter, typisk når der er tale om ikke-specifikke smerter i lænderyggen.

Med hensyn til de specielle studier, der finder, at en multidisciplinær indsats øger varigheden af sygdagpengeforløbet (20,43), kan forklaringen være, at indsatserne typisk løber over nogle måneder, hvorfor personer, der ellers ville være vendt tilbage til arbejdet i fravær af behandlingen, fastholdes i længere tid end ellers, såfremt de har et ønske om at færdiggøre et behandlingsforløb. Dette argument styrkes i kraft af, at der i det ene tilfælde (43) er tale om en *tidlig* indsats.

En anden årsag kan være, at lodtrækningen ikke har formået at skabe en ensartethed mellem kontrol og indsatsgruppe i forhold til baggrundskarakteristika, der kan være afgørende for varigheden af sygefraværforløbet. Sidstnævnte forklaring er plausibel, da der er tale om et lille studie med kun 33 personer fordelt i de to grupper, og hvor målgruppen både er sammensat af personer med ryglidelser og personer med mentale helbredsproblemer.

Tabel 3.7 Studier om fastholdelse af sygemeldte med muskel-skelet-problemer

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
Multidisciplinære indsatser				
(50)	1: Multidisciplinær udredningen og samtale med arbejdsgiver. (n=96) 2: Fysisk træning, hvis sygemeldt efter 8 uger (n=55). Kontrol: Sædvanlig indsats (n=100)	Sygemeldte 2-6 uger med lænderyg-problemer	1: Reducerer varighed. 2: Øger varighed.	Lav
(49)	Multidisciplinær indsats inkl. handlingsplan og dynamisk feedback. 4 samtaler a 2,5 time + løbende møder (n1=68; n0=51)	Sygemeldte med muskel-skelet-smerter. Rekruttering via alment praktiserende læge.	Lavere sygefravær og flere tilbage i job	Mellem
(48)	A: Multidisciplinær indsats, koordination, udredning, handlingsplan. (n=85) B: Kort indsats. Klinisk undersøgelse og feedback.	Hel- eller deltidssygemeldte med smerter i nakke, skulder eller øvre ryg. Rekruttering bl.a. via alment praktiserende læge.	Ej signifikant	Lav
(51-54)	A: Kort indsats. Klinisk undersøgelse og feedback. (n=231) B: Multidisciplinær indsats, koordination, udredning, handlingsplan. (n=233)	Sygemeldte med lændesmerter, som er henvist til ryghospital af alment praktiserende læge.	Ej signifikant	Lav
(20)	Multidisciplinær indsats (n1=1.165; n0=1.165)	Sygemeldte med rygproblemer.	Flere sygedage	Mellem
(43)	Tidlig multidisciplinær udredning. (n1=18;n0=15)	Sygemeldte med muskel-skelet-smerter samt mentale helbredsproblemer. Rekruttering via alment praktiserende læge.	Flere sygedage	Mellem
Øvrige indsatser				
(56,57)	A1: Fitness/styrketræning i grupper. (n=47) A2: Workshops om helbredsme-string mv. (n=47) B: Individuel sundhedsvejledning og sædvanlig indsats. (n=47)	Sygemeldte med smerter i skulder, arm, hånd, ryg eller nakke. Ca. 1/3 af målgruppen var ledige. Rekruttering via jobcenter.	Ej signifikant	Lav
(33)	Individuelt online kursus i bl.a. kognitiv terapi (n1=6 regioner, 89 patienter; n0=6 regioner, 131 patienter)	Sygemeldte i 4-26 uger med diverse helbredsproblemer, herunder muskel-skelet-smerter, men også mentale helbredsproblemer	Lavere sygefravær	Mellem
(55)	Beroligende information (n1=252;n0=257)	Sygemeldte med lænderyg-smerter	Flere tilbage i job	Mellem
(58)	Manuel terapi og sædvanligt tilbud (n1=89;n0=71)	Personer med lænderyg-smerter, der primært er sygemeldte.	Ej signifikant	Lav
(59)	Deltidssygemelding (n1=32;n0=31)	Udvalgte sygemeldte med muskel-skelet lidelser, der vurderes at vil kunne arbejde deltid på trods af at være berettigede til fuldtidssygemelding.	Reducerer varighed af sygefraværet	Lav
(60)	Standardiseret fysisk træningsprogram på ryghospital (n1=124;n0=122)	Sygemeldte i 8-12 uger med lænderyg-smerter.	Ej signifikant	Lav

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

Med hensyn til de studier, der finder gavnlige effekter, er der henholdsvis tale om et dansk (49) og et hollandsk (50) lodtrækningsforsøg. Det danske forsøg finder en reduktion i sygefraværet på baggrund af en indsats, hvor der indledes med en screening foretaget af et multidisciplinært team med deltagelse af en arbejdsmediciner, en fysioterapeut, en kiropraktor, en psykolog og en sagsbehandler. Efterfølgende afholdes individuelle samtaler mellem den sygemeldte og hver enkelt specialist (4 samtaler a 2,5 time), på baggrund af hvilke der udarbejdes en handlingsplan. Der følges op på handlingsplanen, og den tilpasses løbende efter omstændighederne. Denne dynamiske tilpasning til nye erfaringer er ifølge forfatterne unikt for studiet. Hele forløbet strækker sig over maksimalt tre måneder. Ud over at indsatsen reducerer det akkumulerede sygefravær over opfølgningsperioden, så vender en højere andel i interventionsgruppen også tilbage til jobbet. Efter et år var 78 % tilbage i job i interventionsgruppen mod 62 % i kontrolgruppen. Endvidere viser en cost-benefit-analyse, at der er en samfundsøkonomisk besparelse efter 12 måneder på knap kr. 59.000 pr. deltager (2006-priser).

Det hollandske forsøg (50) blandt personer sygemeldt med lænderyg-smerter opererer med to indsatser, hvor den ene er en multidisciplinær udredning, der gives først, efter en indledende lodtrækning. Det andet element er fysisk træning, som gives efter en ny lodtrækning til de personer, der stadigvæk er sygemeldte efter 8 uger. Forsøget viser, at de personer, der deltager i den multidisciplinære udredning, vender hurtigere tilbage til arbejdet, mens den fysiske træning øger varigheden signifikant. På den baggrund anbefales det ikke at tilbyde træningsforløb, der kan forsinke målgruppens tilbagevenden til arbejdspladsen via en utilsigtet fastlåsning af deltagerne i træningsprogrammet.

Selvom litteratursøgningen har afdækket forsøg, hvor der er dokumenteret gavnlige effekter med hensyn til at få de sygemeldte hurtigere tilbage i job mv., så er der også studier af multidisciplinære indsatser udført i Danmark, som ikke har kunnet dokumentere nogen overordnede effekter på de hårde udfaldsmål såsom sygefravær, hvorimod de måske finder signifikante effekter på bløde udfaldsmål som smerteintensitet eller funktionsniveau mv. Disse udfaldsmål er imidlertid ikke i fokus i denne rapport. I et af disse forsøg har forfatterne udført subgruppeanalyser, der fx viser gavnlige effekter for personer, som i udgangspunktet har en lav jobtilfredshed, hvilket kan betyde, at der er et større potentiale for sygemeldte som i udgangspunktet har en lavere sandsynlighed for at vende tilbage til samme arbejdsplads. Da studierne ofte kun arbejder med et minimum af statistisk styrke, så er det dog kun undtagelsesvist der udføres analyser på undergrupper.

I et enkelt tilfælde finder slutevalueringen ikke nogen signifikante effekter af indsatsen på andelen der har genoptaget arbejdet, hvorimod man ved 3-måneders-opfølgningen fandt, at indsatsgruppen i højere grad var vendt tilbage til arbejdet. Der kan selvfølgelig være flere årsager til et sådant mønster, men vores pointe er, at en indsats ikke nødvendigvis bringer flere tilbage i job, men hvis det sker hurtigere, så kan indsatsen alligevel give samfundsøkonomisk mening, hvis udgifterne til indsatsen ikke overstiger besparelsen på fx sygedagpenge. Endvidere kan der være andre afledte besparelser, som lavere udgifter til lægebesøg eller større livskvalitet for den berørte borger. To forsøg (33,43,44), hvor der findes gavnlige effekter, har udført cost-benefit-analyser. Det ene viser, som nævnt, et overskud på kr. 59.000 per deltager, mens det andet viser, at hver investeret krone giver pengene 14 gange igen.

3.2.5 Øvrige indsatser for sygemeldte på tværs af diagnoser

VIVEs litteratursøgning har også fundet studier, hvor årsagen til sygemeldingen ikke umiddelbart kan kategoriseres som muskel-skelet-smerter eller mentale helbredsproblemer. Disse studier nævnes kort i dette afsnit, se Tabel 3.8.

Studierne omfatter et svensk kvasi-lodtrækningsforsøg, hvor indsatsen er rettet mod sygemeldte generelt (61) og indsatsen er en generel fremrykning af møder mellem sagsbehandleren og den sygemeldte samt eventuelt øvrige interessenter. Studiet finder ikke nogen signifikante effekter af indsatsen på varigheden af sygefraværet efter godt 12 måneders opfølgning sammenlignet med sygemeldte, som får de samme tilbud til sædvanlig tid.

Fordelen ved tidlige indsatser er, at man hurtigt kan yde hjælp og støtte til den sygemeldte, samtidig med at opfølgningen har en kontrollerende funktion. Ulempen er bl.a., at man rammer bredt og bruger unødvendige ressourcer på sygemeldte, som ville være kommet tilbage på arbejde af egen drift.

Endelig har et dansk lodtrækningsforsøg undersøgt effekten af en ændring af tre kommuners tilbud om en multidisciplinær indsats til sygedagpengemodtagere (62). Målgruppen er sygemeldte på tværs af diagnoser, hvorfor studiet ikke er kategoriseret sammen med de øvrige studier af multidisciplinære indsatser. Udfaldsmålet er varighed til selvforsørgelse, og effekten varierer mellem de tre deltagende kommuner. I én kommune blev personerne i indsatsgruppen hurtigere selvforsørgende end kontrolgruppen, mens indsatsgruppen i en anden kommune blev langsommere selvforsørgende end kontrolgruppen. I en tredje kommune var der ingen signifikant forskel på varigheden til selvforsørgelse for de to grupper.

Tabel 3.8 Studier af øvrige indsatser for sygemeldte på tværs af diagnoser

ID	Indsats ^a	Målgruppe	Effekt ^b	Risiko for bias ^c
(61)	Fremrykkede møder med sagsbehandler mv. (n=15.228). Kontrol: Samme møder, men sædvanlig timing (n=15.228)	Forsikrede sygemeldte, som vurderes at have behov for en aktiv indsats, hvilket er det modsatte af sygemeldte, som efterlades passivt på sygedagpenge.	Ej signifikant	Lav
(62)	Multidisciplinær koordineret og skræddersyet indsats, leveret af tværfaglige teams (n=1.388)	Sygedagpengemodtagere med høj risiko for at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet i tre danske kommuner	Indsatsens effekt på varighed til selvforsørgelse varierer mellem de tre kommuner, og er henholdsvis positiv, negativ, og ikke signifikant	Mellem

Noter: ^a Det er angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

^b Effekt henviser til en statistisk signifikant effekt på et 5 %-signifikansniveau.

^c Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men problemer med design og gennemførelse kan hæve risikovurderingen til mellem. Ikke-eksperimentelle design har typisk mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

4 Effektstudiernes design og kvalitet

Dette kapitel indeholder en kort gennemgang af de metoder, der typisk bruges i kvantitative effekt-målinger af indsatser til forebyggelse af sygefravær og fastholdelse af sygemeldte på arbejdsmarkedet. Effektstudiernes metode og design er afgørende for studierne kvalitet og således også for, hvor høj risikoen er for at studierne resultater har bias (dvs. er behæftet med fejl, der påvirker resultaterne i en bestemt retning).

Når man ønsker at måle effekten af en indsats for de personer, som har deltaget i indsatsen (indsatsgruppen), er det centralt at identificere en gruppe af personer (kontrolgruppen), der minder så meget om indsatsgruppen som muligt – både med hensyn til observerbare og ikke-observerbare karakteristika. I det omfang det lykkes at identificere en helt identisk kontrolgruppe, kan man være sikker på, at den fundne effekt (i form af forskel på indsats- og kontrolgruppe) afspejler en egentlig effekt af indsatsen. I modsat fald, hvor det ikke lykkes at finde eller danne en identisk kontrolgruppe, har man et selektionsproblem, som i sidste ende kan betyde, at studiets resultater indeholder bias.

Effektmålingernes design er afgørende for, i hvilket omfang selektionsproblemet og dermed også risikoen for bias kan minimeres. Nedenstående metoder anvendes typisk til at håndtere selektionsproblematikken:

1. Lodtrækningsforsøg
2. Kontrol for observerede forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen, fx ved brug af matching eller regression
3. Kontrol for uobserverede forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen ved hjælp af statistiske metoder såsom fixed-effekt, difference-in-differences, instrument-variabel (IV), regression discontinuity-design og timing-of-events.

Resultater baseret på (veludførte) lodtrækningsforsøg betragtes som fri for bias, idet lodtrækningen skal sikre, at indsats- og kontrolgruppen i udgangspunktet er ens med hensyn til observerede såvel som uobserverede karakteristika. Ved ikke-eksperimentelle design såsom matching og regression bruges statistiske metoder til at kontrollere for observerede forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen, og det forudsættes således, at alle årsager til selektion er observeret. Dertil kommer, at det ved nogle ikke-eksperimentelle design desuden er muligt at kontrollere for uobserverede forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen, under forudsætning af at en række antagelser er opfyldt.

Størstedelen af de studier, der er inkluderet i nærværende litteraturoversigt, er lodtrækningsforsøg, jf. Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Optælling af studier

	Forebyggelse	Fastholdelse
	Andel studier	
Design		
– Lodtrækning (individ, klynge, kvasi)	77 %	83 %
– Øvrige (matching, diff.-in-diff. mv.)	23 %	17 %
Vurdering af risiko for bias		
– Lav	62 %	55 %
– Mellem	23 %	34 %
– Høj	15 %	10 %
Geografi		
– Danmark	19 %	34 %
– Øvrige Norden	31 %	34 %
– Holland	19 %	24 %
– Øvrige Europa	15 %	7 %
– USA og Oceanien	15 %	0 %
Antal	26	32

Kilde: VIVE

Især tre problemstillinger er relevante for de inkluderede lodtrækningsforsøg. Den første problemstilling er, at lodtrækningsforsøgene typisk ikke er kontrollerede i den forstand, at forskerne ikke kan styre præcist, i hvilken grad deltagerne udsættes for indsatsen (som man kan det med fx medicinske behandlinger). Det betyder, at analyserne er gennemført, og de estimerede effekter skal fortolkes efter "intention-to-treat"-princippet, hvor der analyseres på den oprindelige opdeling af deltagerne i henholdsvis indsats- og kontrolgruppe frem for den faktisk modtagne indsats. Den anden problemstilling, som ligeledes er særlig relateret til lodtrækningsforsøg, er, at det ikke altid er muligt at skjule for forsøgsdeltagerne, om de er i indsats- eller kontrolgruppen (dvs. at "blinding" ikke er mulig). Den tredje problemstilling er relateret til studiernes stikprøvestørrelse. I de fleste af studierne er der udført styrkeberegninger, som under antagelser om en given effekt og usikkerhed viser, hvor mange personer der mindst skal deltage i forsøget for at kunne påvise den givne effekt. Styrkeberegningerne er dog ofte foretaget for andre udfaldsmål end sygefravær, fx vægt eller rygsmerter, hvilket betyder at stikprøvestørrelserne er tilstrækkelige til at påvise effekter på disse udfaldsmål, men at de ikke nødvendigvis er store nok til at kunne opfange en eventuel afledt effekt på sygefravær. Dertil kommer, at der næsten altid sker et vist bortfald i løbet af analyseperioden, fx fordi medarbejdere skifter arbejde, nægter fortsat deltagelse i forsøget (drop-out) eller ikke besvarer de relevante spørgeskemaer (non-response). Typisk er der taget højde for dette i styrkeberegningen, men hvis bortfaldet ikke er tilfældigt (fx kunne det tænkes, at det primært er særligt udsatte grupper, der dropper ud af forsøget), bør der i de efterfølgende analyser vægtes for at korrigere for et skævt bortfald.

En mere generel udfordring, som både gælder for lodtrækningsforsøgene og de ikke-eksperimentelle design, er, at et ofte anvendt udfaldsmål – antal dage sygefravær inden for en given periode – typisk er meget skævt fordelt, hvilket giver nogle statistiske udfordringer. I de gennemgåede studier håndteres dette typisk ved at gruppere sygefraværet, fx på 0-1 dage, 2-7 dage mv.

4.1 Diskussion af mulige årsager til "modstridende viden"

Litteraturoversigtens resultater viser "modstridende viden" for flere kombinationer af indsatser og målgrupper, jf. kapitel 2.1. Det skal forstås sådan, at nogle studier finder den forventede effekt på sygefraværet eller tilsvarende udfaldsmål, mens andre studier ikke finder nogen statistisk signifikant effekt eller i nogle tilfælde endda en forværrende effekt af indsatsen. De forskellige metodemæssige forhold, som er diskuteret i dette kapitel, kan bidrage til at forklare, hvorfor studier af lignende indsatser kan komme frem til forskellige resultater.

Først og fremmest kan konklusionerne være en funktion af den kategorisering, som VIVE har valgt at benytte særligt med hensyn til indsatser, men også i forhold til målgrupper. Brede kategorier giver større sikkerhed (flere studier) i hver kategori, men det sker på bekostning af en større varians (mere forskellige indsatser) inden for kategorierne. Omvendt så ville flere, men mere snævert afgrænsede, kategorier betyde, at de enkelte kategorier ville bestå af færre studier og dermed have en mindre vidensmængde.

Modstridende viden kan også skyldes, at to helt enslydende indsatser faktisk er blevet implementeret forskelligt, og den ene implementering giver et positivt resultat, mens den anden implementering giver en nul-effekt. Et konkret eksempel kan være, hvis analysen udføres efter "intention-to-treat"-princippet, og ikke fanger det forhold, at andelen af deltagere, som tog imod et givet tilbud, var signifikant forskellig i de to forsøg. Et andet hypotetisk eksempel er, hvis ledelsesopbakningen var lav i nul-effekt-forsøget, mens opbakningen var god i det studie, som fandt positive effekter. Pointen er, at det kan være vanskeligt at styre og efterfølgende indhente eksakt viden om, i hvilken grad deltagerne er blevet udsat for eller har deltaget i indsatsen, og hvad de nøjagtige omstændigheder har været.

Et tredje forhold, som kan påvirke effekten af en indsats, er, hvad den sammenlignes med. Indholdet af den sædvanlige forebyggende indsats eller sagsbehandling for sygemeldte kan variere betydeligt. Det betyder, at lignende indsatser holdes op imod forskellige kontrafaktiske scenarier, og dermed kommer ud med forskellige effekter.

Effekten af en indsats kan ligeledes variere afhængigt af, hvilken målgruppe indsatsen gives til. Selv i tilfælde, hvor målgrupper forekommer ens, kan der være forskelle, som gør, at de reagerer forskelligt på indsatser til forebyggelse og fastholdelse af sygefravær. Dertil kommer, at den tidsmæssige opstart af en indsats i forhold til sygefraværets påbegyndelse også kan tænkes at have betydning for indsatsens effekt.

Endelig kan udefrakommende faktorer som fx konjunkturer, arbejdsmiljø og arbejdskultur samt organisatoriske og sektorspecifikke forhold betyde, at den samme indsats ikke nødvendigvis påvirker sygefraværet på samme måde på tværs af forskellige kontekster. I den sammenhæng er det værd at bemærke, at hovedparten af de inkluderede studier er fra de skandinaviske lande og Holland. Der er for disse studier bedre muligheder for at sammenligne resultater og generalisere til en dansk kontekst, end det er tilfældet med studier fra fx Sydeuropa og USA.

5 Litteraturoversigtens metode

5.1 Afgrænsning

Litteraturoversigten indeholder kvantitative primærstudier, som undersøger effekter på sygefravær af indsatser til nedbringelse af sygefravær. Der fokuseres på indsatser, som har til formål at forebygge sygefravær og fastholde sygemeldte på arbejdsmarkedet. Den relevante målgruppe afgrænses derfor til personer, som aktuelt er i arbejde, eller som er sygemeldte fra deres arbejde. Desuden afgrænses litteraturoversigten til indsatser, der i princippet kan implementeres lokalt. Det betyder, at fx studier af reformer af mere overordnede strukturer ikke medtages, da disse typisk besluttet af regeringen og gennemføres på nationalt plan.⁷ Imidlertid kan der i sagens natur eksistere reformstudier, hvor nogle af reformens elementer svarer til indsatser, som er inkluderet i dette review – derfor kan der eksistere mere evidens på nogle områder, end nærværende rapport giver indtryk af.

De afgrænsningsmæssige valg, som VIVE har truffet, er udelukkende foretaget af ressource-mæssige hensyn. Imidlertid kan fravalget af reformstudier have den positive effekt, at de inkluderede studier er mere homogene, end de ellers ville have været, da fx nationale reformundersøgelser typisk evaluerer effekten af flere tiltag samlet.

Metodemæssigt inkluderes studier, hvor man med stor sikkerhed kan sige, at det, der afdækkes, er en kausal sammenhæng. Minimumskriteriet er derfor, at der enten er tale om et eksperimentelt design eller et ikke-eksperimentelt design, hvor identifikationen af den kausale sammenhæng er godtgjort via sammenligning med en kontrolgruppe. Med dette valg afgrænser VIVE sig fra en litteratur, fx før-og-efter-målinger eller tværsnitsanalyser, som muligvis kan være inspirerende i forhold til design af nye indsatser, men som ikke bidrager med viden om egentlige årsagssammenhænge.

Tidsmæssigt afgrænses litteraturoversigten til studier, der er udgivet mellem 2007 og juli 2018, hvor litteratursøgningen er gennemført. Den tidsmæssige afgrænsning er foretaget med henblik på at sikre, at de inkluderede studier har en vis relevans og aktualitet, men den specifikke afgrænsning er dog arbitrær og tjener også et ressourcemæssigt hensyn. Studier udgivet på dansk, engelsk, norsk og svensk, og som er udført i OECD-lande, inkluderes.

Der inkluderes videnskabelige artikler udgivet i fagfællebedømte tidsskrifter såvel som rapporter og arbejdspapirer udgivet af forskningsinstitutioner. Sidstnævnte vurderes som væsentligt idet den "grå litteratur" kan være relevant og af høj kvalitet, selvom den ikke nødvendigvis har fundet vej til de internationale tidsskrifter endnu.

5.2 Litteratursøgning

Litteratursøgningen er gennemført på systematisk vis efter følgende almindeligt anerkendte fremgangsmåde. Der er søgt efter videnskabelige studier i følgende online-databaser:

- Cinahl
- EconLit
- PsycInfo
- PubMed

⁷ Fx har en tidligere litteraturoversigt dokumenteret signifikante effekter i forbindelse med varigheden og størrelsen af dagpengereetten, jf. Andersen HL og JN Arendt (2017): Økonomiske incitamenter i beskæftigelsespolitikken – en litteraturoversigt. København: KORA.

- SocIndex
- Sociological Abstracts
- Academic Search Premier
- Web of Science (Social Sciences Citation Index)
- Campbell Library
- Cochrane Library

Der er desuden søgt efter rapporter og working papers af høj kvalitet, men som ikke er udgivet i internationale videnskabelige tidsskrifter, på følgende forskningsinstitutioners hjemmesider:

- Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)
- Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)
- NBER – National Bureau of Economic Research
- IZA – Institute of Labor Economics
- VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (herunder hjemmesiderne for de tidligere institutioner, KORA og SFI)

Søgestrategien er udviklet med udgangspunkt i et tidligere SFI-review om effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte.⁸ Tabel 5.1 nedenfor indeholder eksempler på søgeord, der er relateret til målgruppe, udfaldsmål og design.

Tabel 5.1 Eksempler på søgeord

Eksempler på søgetermer	
Målgruppe	Employees; workers; labor/labour
Udfaldsmål	Sick; sick leave; sickness absence/absenteeism; sick-listing; sicklisted; lost workday; workday lost; off work; time lost from work; worktime lost; work time loss; return to work; work resumption; reemployment; off work; work environment; working environment; job satisfaction; well-being; employee turnover
Design	RCT; randomized/randomised controlled trial; experiment; case-control; review; meta-analysis; causal effect; impact; evaluation; quasi-experiment; matching; regression

Søgeordene i Tabel 5.1 er målrettet til de enkelte databaser og hjemmesider i de gennemførte søgninger. Der er søgt i emneord fra de enkelte databaser og ord i titler og abstracts, som det er hensigtsmæssigt, og der er trunkeret og taget højde for forskelle i stavemåder. Søgeordene ovenfor er således ikke anvendt direkte i alle søgningerne.

Endelig er samtlige studier på Jobeffekter.dk gennemgået med henblik på at identificere yderligere relevante studier.⁹

Detaljeret dokumentation af de gennemførte litteratursøgninger og den efterfølgende udvælgelse af relevante studier kan fås ved henvendelse til rapportens forfattere.

5.3 Udvalgelse af relevante studier

Udvælgelsen af de studier, der indgår i litteraturoversigten, er foretaget af rapportens forfattere og er foregået i flere trin. Indledningsvis er de hits, der blev fundet ved litteratursøgningen, screenet på titel og abstract med henblik på at identificere primære kvantitative effektstudier af virkemidler til at

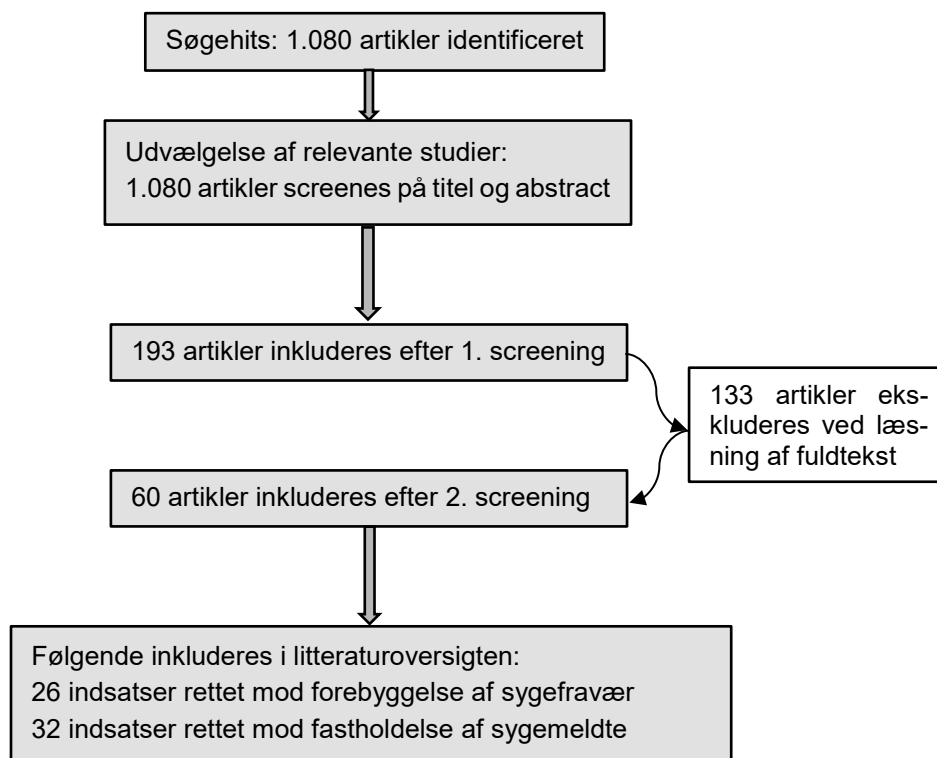
⁸ Høgelund J. Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt (SFI 12:06). København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2012.

⁹ Jobeffekter.dk er en vidensbank, der er udviklet af STAR i samarbejde med en række uafhængige forskere, og som opsamler relevant forskning på beskæftigelsesområdet.

forebygge sygefravær og fastholde sygemeldte på arbejdsmarkedet, og som opfylder inklusionskriterierne beskrevet i afsnit 5.1. Ved tvivl om, hvorvidt et studie opfylder inklusionskriterierne og bør inkluderes, er studiet blevet indhentet og læst i fuldtækst.

Figur 5.1 giver et overblik over forløbet fra litteratursøgning til udvælgelsen af relevante studier.

Figur 5.1 Oversigt over forløbet fra litteratursøgning til udvælgelse af relevante studier



Noter: Antal søgehits er angivet efter rensning for artikler, der optræder i flere databaser. Der sondes mellem artikler og indsatser. I nogle tilfælde er effekten af den samme indsats analyseret i flere artikler. Derfor er antallet af artikler, der inkluderes i litteraturoversigten, højere end det samlede antal af indsatser, der belyses.

Litteraturreview er ikke inkluderet i den systematiske litteraturoversigt af ressourcehensyn.

5.4 Afrapportering af resultater

Studiernes resultater er sammenfattet systematisk i en række oversigtstabeller, der findes i kapitel 3. Resultaterne afrapporteres opdelt, således at afsnit 3.1 omhandler studier af indsatser, der skal forebygge sygefravær, og afsnit 3.2 omhandler studier af indsatser til fastholdelse af sygemeldte. Oversigtstabellerne indeholder korte beskrivelser af studierne indsatser og målgrupper samt infor-

mation om, hvorvidt de estimerede effekter på sygefravær er statistisk signifikante på et 5 %-signifikansniveau samt i hvilken retning sygefraværet eventuelt ændres. Det er desuden angivet sammen med beskrivelsen af indsatsen, hvis kontrolgruppen modtager andet end sædvanlige tilbud.

Oversigtstabellerne indeholder desuden en kvalitetsvurdering af de inkluderede studier i form af risiko for bias. Lodtrækningsforsøg har som udgangspunkt lav risiko for bias, men forskellige problemer med design og gennemførelse kan gøre, at risikoen for bias vurderes til mellem. Ikke-eksperimentelle design vurderes typisk til at have en mellem eller høj risiko for bias, afhængigt af hvor godt det er sandsynliggjort, at der er kontrolleret for relevante (observerede såvel som uobserverede) forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen. Den endelige kvalitetsvurdering er således foretaget ud fra forfatterens overordnede helhedsindtryk af studiet.

De inkluderede studier er desuden opsummeret enkeltvis i Bilag 1, hvor den særligt interesserede læser kan finde mere uddybende information om studiernes design, data og resultater.

Endelig sammenfatter kapitel 2 den opnåede viden om graden af evidens for effekter af indsatser til forebyggelse af sygefravær og indsatser til fastholdelse af sygemeldte, med udgangspunkt i Beskæftigelsesministeriets videnshierarki, som fremgår af Tabel 5.2.

Tabel 5.2 Beskæftigelsesministeriets videnshierarki

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

Litteraturliste

- (1) Thorsen SV, Flyvholm M-, Bach E. Fraværsrapport 2017. Deskriptiv analyse af lønmodtagernes sygefravær i Danmark - belyst ud fra register- og spørgeskemadata. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2018.
- (2) Panduro B. Sygefraværet i kommunerne. Notat. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2017.
- (3) Andersen LN, Juul-Kristensen B, Roessler KK, Herborg LG, Sørensen TL, Søgaard K. Efficacy of 'Tailored Physical Activity' on reducing sickness absence among health care workers: A 3-months randomised controlled trial. *Man Ther* 2015 Oct;20(5):666-671.
- (3b) Andersen LN, Juul-Kristensen B, Sørensen TL, Herborg LG, Roessler KK, Søgaard K. Reduced sickness absence after a Physical Activity Intervention among Health Care Workers: One-Year Follow-Up of a Randomised Controlled Trial. *Int J Phys Med Rehabil* 2016;4(5).
- (4) Morgan PJ, Collins CE, Plotnikoff RC, Cook AT, Berthon B, Mitchell S, et al. The impact of a workplace-based weight loss program on work-related outcomes in overweight male shift workers. *J Occup Environ Med* 2012 Feb;54(2):122-127.
- (5) von Thiele Schwarz U, Hasson H. Employee self-rated productivity and objective organizational production levels: effects of worksite health interventions involving reduced work hours and physical exercise. *J Occup Environ Med* 2011 Aug;53(8):838-844.
- (6) Lindegaard Andersen H, Lauritzen HB. Implementering og effekter af Raskijob (AKF Working paper). København: AKF. Anvendt KommunalForskning; 2010.
- (7) Chaleat-Valayer E, Denis A, Abelin-Genevois K, Zelmar A, Siani-Trebern F, Touzet S, et al. Long-term effectiveness of an educational and physical intervention for preventing low-back pain recurrence: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2016 Jun 1;42(6):510-519.
- (8) Coffeng JK, Hendriksen IJ, Duijts SF, Twisk JW, van Mechelen W, Boot CR. Effectiveness of a combined social and physical environmental intervention on presenteeism, absenteeism, work performance, and work engagement in office employees. *J Occup Environ Med* 2014 Mar;56(3):258-265.
- (9) Strijk JE, Proper KI, van Mechelen W, van der Beek AJ. Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2013 Jan;39(1):66-75.
- (10) Reijonsaari K, Vehtari A, Kahilakoski OP, van Mechelen W, Aro T, Taimela S. The effectiveness of physical activity monitoring and distance counseling in an occupational setting - results from a randomized controlled trial (CoAct). *BMC Public Health* 2012 May 11;12:344-2458-12-344.
- (11) Hengel KMO, Blatter BM, van dM, Bongers PM, van dB. The effectiveness of a construction worksite prevention program on work ability, health, and sick leave: Results from a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2013 09;39(5):456-467.
- (12) Oude Hengel KM, Blatter BM, van der Molen HF, Bongers PM, van der Beek AJ. The effectiveness of a construction worksite prevention program on work ability, health, and sick leave: results from a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2013 Sep 1;39(5):456-467.
- (13) Jones D, Molitor D, Reif J. What Do Workplace Wellness Programs Do? Evidence from the Illinois Workplace Wellness Study (NBER Working Paper No. 24229). Cambridge MA: NBER - National Bureau of Economic Research; 2018.
- (14) Viester L, Verhagen EA, Bongers PM, van der Beek AJ. The effect of a health promotion intervention for construction workers on work-related outcomes: results from a randomized controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health* 2015 Aug;88(6):789-798.
- (15) Mills PR, Kessler RC, Cooper J, Sullivan S. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *Am J Health Promot* 2007 Sep;22(1):45-53.
- (16) Linden M, Muschalla B, Hansmeier T, Sandner G. Reduction of sickness absence by an occupational health care management program focusing on self-efficacy and self-management. *Work* 2014;47(4):485-489.

- (17) Framke E, Sorensen OH, Pedersen J, Rugulies R. Effect of a participatory organizational-level occupational health intervention on short-term sickness absence: a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2016 May 1;42(3):192-200.
- (18) Shiri R, Martimo KP, Miranda H, Ketola R, Kaila-Kangas L, Liira H, et al. The effect of workplace intervention on pain and sickness absence caused by upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 2011 Mar;37(2):120-128.
- (19) Linton SJ, Boersma K, Traczyk M, Shaw W, Nicholas M. Early Workplace Communication and Problem Solving to Prevent Back Disability: Results of a Randomized Controlled Trial Among High-Risk Workers and Their Supervisors. *J Occup Rehabil* 2016 Jun;26(2):150-159.
- (20) Hägglund P, Johansson P, Laun L. Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro (Rapport 2014:12). Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU); 2014.
- (21) Bergbom S, Flink IKL, Boersma K, Linton SJ. Early Psychologically Informed Interventions for Workers at Risk for Pain-Related Disability: Does Matching Treatment to Profile Improve Outcome? *J Occup Rehabil* 2014 SEP;24(3):446-457.
- (22) Lerner D, Adler DA, Rogers WH, Chang H, Greenhill A, Cymerman E, et al. A randomized clinical trial of a telephone depression intervention to reduce employee presenteeism and absenteeism. *Psychiatr Serv* 2015 Jun;66(6):570-577.
- (23) Frederiksen P, Indahl A, Andersen LL, Burton K, Hertzum-Larsen R, Bendix T. Can group-based reassuring information alter low back pain behavior? A cluster-randomized controlled trial. *PLoS One* 2017 Mar 27;12(3):e0172003.
- (24) Odeen M, Ihlebaek C, Indahl A, Wormgoor ME, Lie SA, Eriksen HR. Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster randomized trial. *J Occup Rehabil* 2013 Jun;23(2):209-219.
- (25) Haukka E, Leino-Arjas P, Viikari-Juntura E, Takala EP, Malmivaara A, Hopsu L, et al. A randomised controlled trial on whether a participatory ergonomics intervention could prevent musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med* 2008 Dec;65(12):849-856.
- (26) Duijts SF, Kant I, van den Brandt PA, Swaen GM. Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: results of a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2008 Jul;50(7):765-776.
- (27) Brown J, Mackay D, Demou E, Craig J, Frank J, Macdonald EB. The EASY (Early Access to Support for You) sickness absence service: a four-year evaluation of the impact on absenteeism. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 2015 MAR;41(2):204-215.
- (28) Møller Kjeldsen M, Høgelund J. Effektmåling af Forebyggelsesfondens projekter (SFI 13:37). Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
- (29) Hoge EA, Guidos BM, Mete M, Bui E, Pollack MH, Simon NM, et al. Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. *J Psychosom Res* 2017 Apr;95:7-11.
- (30) Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2011 May;37(3):186-195.
- (31) Eklund M, Eriandsson LK. Return to work outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders--a comparative study. *Women Health* 2011 Nov;51(7):676-692.
- (32) Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health* 2017 Sep 1;43(5):436-446.
- (33) Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, Boon B, Beekman AT, et al. Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ Open* 2017 Oct 5;7(10):e016348-2017-016348.
- (34) Pedersen P, Sogaard HJ, Labriola M, Nohr EA, Jensen C. Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2015 Aug 8;15:763-015-2087-5.

(35) Glasscock D, Carstensen O, Dalgaard L. Reduktion af stress og sygefravær blandt patienter med arbejdsrelaterede belastnings- og tilpasningsreaktioner henvist til Arbejdsmedicinsk klinik. Herning: Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning; [2014?].

(36) Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ljotsson B, Ost LG, et al. Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2017 Dec;74(12):905-912.

(37) Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2009 03;51(3):305-312.

(38) Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2013 Apr;70(4):252-260.

(39) Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med* 2013 Apr;70(4):223-230.

(40) Martin MH, Nielsen MB, Pedersen J, Rugulies R. Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: results of a two-year follow-up study. *Disabil Rehabil* 2015;37(22):2107-2113.

(41) Høgelund J, Falgaard Eplov L. Employment effects of a multidisciplinary health assessment for mentally ill persons - A quasi-randomised controlled trial. *Scand J Public Health* 2018 May;46(3):389-399.

(42) Karlson B, Jonsson P, Osterberg K. Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health* 2014 Aug 9;14:821-2458-14-821.

(43) Carlsson L, Englund L, Hallqvist J, Wallman T. Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: a randomized controlled trial in a primary health care centre. *Scand J Prim Health Care* 2013 Sep;31(3):141-146.

(44) van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2010 Sep;67(9):596-602.

(45) van Oostrom SH, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occup Environ Med* 2010 Sep;67(9):603-610.

(46) Noordik E, van dK, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk, Frank J. H., Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2013 03;39(2):144-154.

(47) Streibelt M, Buerger W, Nieuwenhuijsen K, Bethge M. Effectiveness of Graded Return to Work After Multimodal Rehabilitation in Patients with Mental Disorders: A Propensity Score Analysis. *J Occup Rehabil* 2018 MAR;28(1):180-189.

(48) Moll LT, Jensen OK, Schiøttz-Christensen B, Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Nielsen CV, et al. Return to Work in Employees on Sick Leave due to Neck or Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention with One-Year Register-Based Follow-Up. *J Occup Rehabil* 2018 06;28(2):346-356.

(49) Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2009 03;19(1):81-93.

(50) Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007 Feb 1;32(3):291-298; discussion 299-300.

(51) Jensen C, Nielsen CV, Jensen OK, Petersen KD. Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain. *Spine* 2013 6;38(13):1059-1067.

- (52) Pedersen P, Nielsen CV, Jensen OK, Jensen C, Labriola M. Employment status five years after a randomised controlled trial comparing multidisciplinary and brief intervention in employees on sick leave due to low back pain. *Scand J Public Health* 2018 May;46(3):383-388.
- (53) Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskelet Disord* 2011 May 25;12:112-2474-12-112.
- (54) Jensen C, Kudsk Jensen O, Vinther Nielsen C. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012 01;13(1):156-164.
- (55) Du Bois M, Donceel P. Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012 Aug 1;37(17):1425-1431.
- (56) Andersen LN, Juul-Kristensen B, Sorensen TL, Herborg LG, Roessler KK, Sogaard K. Longer term follow-up on effects of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return-to-work: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2016 Nov 11;48(10):887-892.
- (57) Andersen LN, Juul-Kristensen B, Sorensen TL, Herborg LG, Roessler KK, Sogaard K. Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: A 3-month randomised controlled trial. *Scand J Public Health* 2015 Nov;43(7):694-703.
- (58) Bogefeldt J, Grunnesjo MI, Svardsudd K, Blomberg S. Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for low back pain: the Gotland Low Back Pain Study. *Clin Rehabil* 2008 Jun;22(6):529-541.
- (59) Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R, Kaila-Kangas L, Takala EP, Karppinen J, et al. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2012 Mar;38(2):134-143.
- (60) Hagen EM, Odelien KH, Lie SA, Eriksen HR. Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work. *Scand J Public Health* 2010 Nov;38(7):731-738.
- (61) Engström P, Goine H, Johansson P, Palmer E, Tollin P. Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete? (Rapport 2010:11). Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU); 2010.
- (62) Nielsen MBD, Vinsløv Hansen J, Aust B, Tverborgvik T, Thomsen BL, Bue Bjorner J, et al. A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme. *Eur J Public Health* 2015 02;25(1):96-102.

Bilag 1 Opsummeringer af specifikke studier

ID (3): Dansk lodtrækningsforsøg fra 2012 med fysisk aktivitet i sundhedssektoren, der finder en signifikant effekt på sygefraværet. Forsøget finder sted blandt ansatte i Sønderborg Kommune. 54 ansatte, næsten udelukkende kvinder, med tidligere muskel-skelet-problemer, der meldte sig til forsøget, blev tilfældigt udtrukket til interventions- og kontrolgruppen. På baggrund af en styrke-beregning vurderes det, at 27 personer i hver gruppe er tilstrækkeligt. Begge grupper fik halvanden times individuel sundhedsvejledning fra en uddannet supervisor, mens interventionsgruppen i tillæg blev tilbudt én times gruppebaseret fitness og styrketræning med supervision af fysioterapeuter, tre gange ugentligt, over 10 uger i arbejdstiden. Det primære udfaldsmål er selvrapporteret antal dage med sygefravær de seneste tre måneder pga. muskel-skelet-smerter ved baseline og efter tre (ID 3) og 12 (ID 3b) måneder, men der måles også på en række sekundære parametre. Resultaterne efter 3 måneder viser, at lidt flere i interventionsgruppen rapporterer, at de ikke har haft noget sygefravær, men forskellen er ikke statistisk signifikant. For de sekundære udfaldsmål finder forfatterne bl.a., at interventionen reducerer oplevede smerter og forbedrer arbejdsevnen, mens der ikke er nogen effekt på deltagernes BMI. Efter ét år viser forfatterne i et andet papir, at forskellen i sygefravær er statistisk signifikant, sådan at knap 82 % i interventionsgruppen ikke har haft noget sygefravær de seneste tre måneder, mod knap 60 % i kontrolgruppen.

ID (4): Australsk lodtrækningsforsøg i 2009-10 med fokus på fysisk aktivitet blandt overvægtige mænd med skifteholdsarbejde, der finder en signifikant reduktion af sygefraværet. Deltagerne inddeles tilfældigt i fire hold, hvor antallet fastsættes på baggrund af en styrkeberegning. I alt udtrækkes 65 personer til indsatsen og 45 kontroller til venteliste. Interventionen består af fire elementer: individuelle samtaler, et online-registreringsværktøj, som deltagerene kan benytte til daglige registreringer om vægt og spisevaner, målrettede oplysningsmaterialer og en skridttæller samt et gavekort til hver holdvinder (ca. 250 danske kroner). Der følges op på selvrapporterede oplysninger på kort sigt efter 14 uger. Udfaldsmålene omfatter fravær, men også en række fysiologiske og mentale mål. Sygefravær måles i timer over en periode på 3 måneder før og efter forsøget via virksomhedens registreringer. Resultaterne viser et gennemsnitligt signifikant vægttab på 4,4 kg over opfølgingsperioden. Med hensyn til sygefraværet viser resultaterne en gennemsnitlig reduktion på godt 8 timer i interventionsgruppen set i forhold til kontrolgruppen (*Cohens d* er 0,72, hvilket betegnes som en stor effekt).

ID (5): Svensk klynge-lodtrækningsforsøg i 2004 med fysisk aktivitet blandt ansatte i tandlægeklinikker, der finder signifikante effekter. Forsøget foregår blandt 177 ansatte, primært kvinder, i seks tandlægeklinikker, og interventionen består af en ugentlig reduktion i arbejdstiden på 2,5 timer ud af 40 timer koblet enten med eller uden krav om fysisk aktivitet. Deltidsansatte får en reduktion i arbejdstiden, der svarer til deres arbejdstid. Der er ikke tale om et typisk individbaseret lodtrækningsforsøg, men derimod en undersøgelse, hvor arbejdspladserne matches i par på baggrund af størrelse for derefter at trække lod blandt klinikker, om hvem der skal implementere hvilket tiltag: (a) reduktion i arbejdstid og krav om motion, (b) reduktion i arbejdstid uden krav, eller (c) kontrol. Forsøget startede i 2004, og deltagerne udfyldte tilhørende spørgeskemaer ved baseline samt efter 12 måneder. Forfatterne fokuserer primært på medarbejdernes produktivitet, i og med at arbejdstiden reduceres, men også på sygefravær. De seks klinikker er udvalgt fra 51 klinikker efter en række kriterier, blandt andet stor travlhed. Sygefraværet selvrapporteres som varighed og antallet af gange medarbejderen har været fraværende pga. egen sygdom de seneste 12 måneder. Analyseresultaterne viser, at intervention (a), hvor der er krav om motion, reducerer varigheden og hyppighed af sygefravær signifikant, mens interventionen uden krav (b) ikke leder til nogen signifikant ændring. Kontrolgruppens sygefravær ændres ikke over perioden.

ID (6): Dansk klynge-lodtrækningsforsøg (2007-9) i ældreplejen med bl.a. motion i arbejdstiden, der øger sygefraværet signifikant. Projektet blev delvist finansieret af Forebyggelsesfonden og omfattede 7.000 medarbejdere på ældreområdet i 11 kommuner. Medarbejderne er langt overvejende kvinder, der ofte er ansat som SOSU-hjælper eller -assistenter mv. Fokus er på at styrke fastholdelsen af medarbejdere og sænke sygefraværet gennem forskellige tiltag, herunder motion i arbejdstiden. Et hovedelement i indsatsen var rekruttering og uddannelse af 270 helsepiloter, der blev tovholdere på trivsels- og sundhedsfremmende foranstaltninger rettet mod udsatte medarbejdere. Uddannelsen varede seks dage og omhandlede fysiologi, ernæring, samtaleteknikker, netværksdannelse og motion. Medarbejdere i risikogruppen identificeres ud fra en screening, der foretages af helsepiloten på baggrund kollegaens af fysiologiske og mentale helbred. De ansatte i kontrolgrupperne, der ikke deltog i forsøget, fik lokalt fastlagte trivselsfremmende tilbud (frugt, adgang til svømmehal osv.), hvilket også skete i indsatsgruppen. Deltagelse blev afgjort ved lodtrækning på afdelingsniveau og medarbejderne blev frikøbt til motion i arbejdstiden, der var delvist finansieret af kommunen. I alt omfatter datasættet knap 169.000 person-måneder, hvoraf 72.000 vedrører interventionsgruppen. Evalueringen indeholder både en effektmåling og en proces-evaluering, men i forhold til implementeringen konstateres det her blot, at der har været forholdsvis store udfordringer processen, så projektet mange steder ikke er blevet afviklet som tiltænkt. Et konkret eksempel, er, at overraskende mange medarbejdere i screeningen blev vurderet som værende i risikogruppen, hvilket førte til både budgetmæssige og tidsmæssige udfordringer. Udfaldsmålene i rapporten er dels bruttofraværet – dvs. både fravær som følge af deltagelse i programaktiviteter og sygdom – og dels fastholdelse af medarbejderne. Resultaterne viser ingen signifikante effekter, for så vidt angår fastholdelsen af medarbejdere, mens der er en positiv signifikant effekt af deltagelse i programmet på det samlede fravær i størrelsesordenen 15 %, hvilket betyder, at bruttofraværet øges som følge af indsatsen. Forfatterne konkluderer derfor, at projektet ikke giver samfundsøkonomisk overskud.

ID (7): Fransk lodtrækningsforsøg (2008-11) hvor sundhedspersonale med lænderyg-smerter deltog i et motionsprogram, der viser sig ikke at have nogen signifikant effekt. De ansatte kommer fra ti hospitaler og deltog i et program med fem ugers motion på arbejdspladsen samt hjemmeøvelser og undervisning i smertehåndtering. Rekrutteringen foregik dels via et internt nyhedsbrev og dels via en tilknyttet arbejdsmediciner. Inklusionskriterier var tidligere lænderyg-smerter med eller uden sygdomsbemelding, mens operationer for sådanne problemer var et eksklusionskriterie. Ved lodtrækning udtrækkes 171 personer til interventionsgruppen og 171 personer til kontrolgruppen, hvilket er tilstrækkeligt ifølge en styrke-beregning. En fysioterapeut stod for de fem ugentlige træningssessioner i arbejdstiden, der hver varede 90 minutter. Udfaldsmålene omfatter nye tilfælde af sygefravær med lænderyg-smerter og opfølgingsperioden var maksimalt to år med interview ved baseline og efter 12, 18 og 24 måneder. Ved toårs-opfølgningen viser analyserne igen signifikante effekter på sygefraværet, men for visse mentale helbredsmaal, samt deltagernes medicinforbrug, findes der gavnlige effekter.

ID (8): Hollandsk lodtrækningsforsøg fra 2011 med helbredsfræmmende tiltag for ansatte i finanssektoren, der viser sig ikke at have nogen signifikant effekt. Forsøget omfattede 1.182 ansatte, hvoraf 412 indvilgede i at udfylde det indledende spørgeskema. Forsøget har et 2x2 faktor-design, hvor de ansatte enten udvælges til kontrolgruppen (106 personer), én af to mulige indsætter (hvh. 118 og 96 personer) eller begge indsætter samtidig (92 personer). Lodtrækningen sker over 19 afdelinger. Den første af de to mulige indsætter (a) er motiverende gruppesamtaler, der forestås af afdelingslederen, mens den anden indsats (b) er nudging-tiltag i kontormiljøet, fx fodspor på gulvet ved elevatoren, der leder hen til trapperne, men også introduktion af borde, der muliggør stå-møder, samt et bordtennisbord. Indsætterne løber over seks uger med en intensitet på tre sessioner af halvdelen time i arbejdstiden. Der måles bl.a. på selvrapporteret produktivitet og akkumuleret administrativt registreret fravær seks måneder før interventionen samt efter 6 og 12 måneder. Der udføres ingen styrke-beregning. Med hensyn til sygefraværet viser resultaterne ingen signifikante effekter. For de øvrige udfaldsmål konkluderer forfatterne, at effekterne går i den forventede retning, men at de ofte er små og insignifikante.

ID (9): Hollandsk lodtrækningsforsøg fra 2009-10 blandt hospitalsansatte med yoga og fitness, der ikke finder signifikante effekter. Deltagerne er ældre end 44 år og primært kvinder. Indsatsgruppen fik tilbudt to ugentlige gruppesessioner med hhv. yoga og fitness under ledelse af en instruktør og én ugentlige fitness-session uden instruktør, samt tre individuelle samtaler om muligheder for at forbedre sundhedsadfærden. Forsøgsperioden varede seks måneder. Spørgeskemaer med oplysninger om sygefravær de seneste tre måneder og flere andre udfaldsmål blev indsamlet ved baseline efter 6 og 12 måneder. På baggrund af styrkeberegninger blev der inkluderet 367 personer i indsatsen, mens 363 personer deltog som kontroller. Forfatterne finder ingen signifikante effekter på sygefraværet pga. meget store konfidensintervaller, men derimod konstateres der signifikante positive effekter på fysiologisk relaterede udfaldsmål. VIVE noterer en tendens til et signifikant øget sygefravær, hvis man alene set på den relative sandsynlighed i indsatsgruppen der er 1,3 efter 6 måneder og 1,1 efter 12 måneder. Analyser af implementeringen viser, at fremmøde til træningssessionerne lå på omkring 50 %.

ID (10): Lodtrækningsforsøg fra Finland, der ikke finder nogen signifikant effekt på sygefraværet af et motionstiltag blandt kontoransatte i 2009. På baggrund af en fitness-test blev der udarbejdet individuelle mål for bevægelse og 264 ansatte blev udstyret med en skridttæller. Indsatsgruppen blev også eksponeret for forskellige typer af nudging, der opfordrer deltagerne til at motionere mere. Kontrolgruppen, der består af 257 personer, fik kun en indledende fitness-test og en informationsbrochure om fordelene ved fysisk aktivitet. Antallet af deltagere blev fastsat på baggrund af en styrkeberegning. Forsøget løber i 12 måneder og omfatter kun raske, fastansatte personer i forsikringsbranchen. Der trækkes lod om deltagelse, men deltagelse er ikke hemmelig, hvorfor der kan optræde såkaldte John Henry-effekter, såfremt kontrolgruppen også motionerer mere på egen hånd. Forsøgets primære udfaldsmål er bl.a. selvrapporteret fysisk aktivitet og sygefravær målt via virksomhedens administrative system. Baseline er de 12 måneder, før interventionen begynder. Resultaterne viser ingen effekter af interventionen på de primære udfaldsmål.

ID (11) og (12): Hollandsk klynge-lodtrækningsforsøg med fysisk aktivitet fra 2008-9 i anlægsbranchen, der ikke finder signifikante effekter. Forsøget udføres blandt 15 afdelinger fra seks byggevirksomheder, hvor der tilfældigt udvælges otte afdelinger til en seks måneders intervention. Interventionen omfatter fysisk og mental træning, og elementerne i tilbuddet er: (a) to individuelle fysiske træningssessioner med en fysioterapeut á 30 minutter, (b) et oplysningsfolder i lommestørrelse, der skal påminde deltagerne om vigtigheden af hvilepauser i hverdagen samt tjene som diskussionsoplæg blandt medarbejderne, (c) to individuelle mentale træningssessioner a en time, der sigter mod give medarbejderen handlekraft og kontrol over egen sundhedsadfærd og bedre kommunikative færdigheder i forhold til sjakkets leder. På baggrund af en styrke-beregning inkluderes otte afdelinger i interventionsgruppen, der omfatter 171 medarbejdere, mens syv afdelinger og 122 medarbejdere udgør kontrolgruppen. Der måles på mentalt og fysisk helbred via spørgeskemadata ved baseline og efter 3, 6 og 12 måneder, samt kontinuerlige sygefraværsoplysninger fra virksomhedernes administrative systemer. Data analyseres som antallet af fraværsdage i perioder af seks måneders varighed. Resultaterne viser ingen effekter på hverken fysisk eller mentalt helbred, men på sygefravær finder forfatterne et lavere sygefravær i interventionsgruppen end i kontrolgruppen efter både 6 og 12 måneder, dog er ingen af forskellene var statistisk signifikante.

ID (13): Stort amerikansk lodtrækningsforsøg blandt universitetsansatte med en bred helbredsindsats, der også omfatter fysisk aktivitet, men som ikke finder signifikante effekter. Evalueringen omhandler det store "Illinois Workplace Wellness Studie" mellem 2016 og 2017, der inviterede 12.459 personer ansat på Universitet i Chicago til at deltage. Ud af de 4.834,

der indvilgede i at deltage, blev 3.300 tilfældigt udvalgt til en af seks interventionsgrupper, som fik mulighed for at deltage i aktiviteter i arbejdstiden. Kontrolgruppen på 1.534 personer kunne ikke deltage. Interventionen var bred: (1) tilbud om 20 minutters helbreds-screening samt en online-helbredsrisikoundervejledning med tilhørende forslag til forbedring (august-september), 2) "Wellness"-aktiviteter hen over efteråret og det følgende forår, der var forbeholdt personer, som fuldente screeningen, hvilket godt halvdelen gjorde. De følgende aktiviteter omfatter en række kurser af 6-12 ugers varighed, fx håndtering af kroniske sygdomme, vægttab, tai chi, fitness, sundhedsvaner, rygestop mv. Omkring 1/4 af deltagerne færdiggør de aktiviteter, de har tilmeldt sig. De deltagere, der fuldførte aktiviteterne, fik en af seks forskellige bonusser i størrelsesordenen kr. 300 til kr. 2.200, som blev tilfældigt fastsat ved programmets begyndelse. Data er en kombination af selv-rapporterede oplysninger indsamlet i spørgeskema samt administrative oplysninger. Forfatterne undersøger bl.a. effekten af interventionen på produktivitet, sundhedsadfærd, mentalt helbred, sundhedsomkostninger samt sygefravær (dage pr. år) efter et år, men også en række selektionseffekter, samt effekter af den bonus, der er indbygget i programmet. Forfatterne finder ingen signifikante effekter på relevante udfaldsvariable i det første år efter lodtrækningen, men konkluderer derimod, at undersøgelsens konfidensinterval for sygefravær udelukker hovedparten af de tidligere rapporterede resultater i litteraturen.

ID (14): Hollandsk lodtrækningsforsøg fra 2011, der ikke finder nogen effekt af et sundhedsfremmende tiltag for ansatte i byggebranchen. Programmet var designet med henblik på at forebygge og reducere overvægt samt muskel-skelet-problemer via livsstilsinformation, sessioner med en livsstilscoach, instruktion i træning og en "redskabskasse", der bl.a. indeholdt et overblik over virksomhedens sundhedsfremmende faciliteter. Indsatsen blev leveret ansigt-til-ansigt og via telefon af personlige sundhedscoaches, som var oplært specifikt til studiet. Sessionerne foregik på arbejdspladsen i arbejdstiden, og indsatsen var målrettet den enkelte deltagers vægt og fysiske aktivitetsniveau. Kontrolgruppen havde adgang til de sædvanlige tilbud, men modtog ingen særskilt indsats. Alle medarbejdere, som deltog i en frivillig helbredsundersøgelse, og som ikke var på sygeorlov i mere end fire uger før undersøgelsen, var kvalificerede til at indgå i forsøget. Indsatsgruppen bestod indledningsvis af 162 personer, mens kontrolgruppen omfattede 152 personer. Som følge af frafald i forbindelse med dataindsamling blev analyserne gennemført for en indsatsgruppe med 128 personer og en kontrolgruppe med 129 personer. Der blev ikke fundet nogen effekt på sygefravær, som var baseret på virksomhedens registreringer, og udfaldsmålet var kumuleret sygefravær opgjort i 6-måneders perioder og dikotomiseret til intet eller kortvarigt sygefravær (højest 7 dage) og langvarigt sygefravær (længere end 7 dage). Der blev heller ikke fundet nogen effekter på muskel-skelet-symptomer, fysisk funktion, arbejdsevne og arbejdspræstation. Data på disse udfaldsmål blev indhentet ved, at forsøgsdeltagerne udfyldte spørgeskemaer ved forsøgets start samt efter henholdsvis 6 og 12 måneder. Den nødvendige stikprøvestørrelse er beregnet med henblik på at kunne identificere en effekt på deltagerenes kropsvægt, og studiet kan derfor have haft utilstrækkelig styrke til at identificere effekter på andre udfaldsmål. Dertil kan fraværet af effekter skyldes problemer med implementeringen af indsatsen, idet en procesevaluering har vist betydelige udfordringer med implementeringen af træningsdelen af indsatsen. Endelig kan det ikke udelukkes, at adfærdsmæssige ændringer blandt kollegaer, som arbejder på de samme byggepladser, kan have påvirket deltagerne i kontrolgruppen.

ID (15): Britisk undersøgelse, der finder en reduktion af sygefraværet i forbindelse med en sundhedsfremmende indsats blandt kontoransatte. Interventionen varer et år og omfatter et helbreds-fremmende program med en initial screening og helbreds-vurdering, samt efterfølgende adgang til online-informationsmateriale og fire seminarer og workshopper med fokus på udfordringer identificeret i screeningen: stress, søvn, ernæring og motion. Undersøgelsespopulationen er kontoransatte i store virksomheder, hvoraf 612 personer fra tre afdelinger er udtrukket til interventionen, men kun 266 personer besvarer både det indledende og det opfølgende spørgeskema. Blandt kontrolgruppen, der udgør en bekvemmelighedsstikprøve af lignende ansatte i andre virksomheder, besvarer 1.242 ud af 2.500 personer spørgeskemaet to gange. Kontrolgruppen modtager ingen indsats. Ud over selvrapporteret sygefravær – defineret som antallet af hele og delvise sygefraværsdage de sidste fire uger før besvarelse af spørgeskema – måles der på helbredsrisikofaktorer, fx tobaks- og alkoholforbrug mv. samt produktivitet. Efter justering for baseline-forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen via propensity score matching-metoden, viser resultaterne signifikante forskelle mellem grupperne. Således er interventionsgruppen 1/3 dag pr. måned mindre fraværende end kontrolgruppen, ligesom interventionsgruppen har en højere produktivitet og er udsat for færre helbredsrisici. Subgruppe-analyser viser, at effekten er størst for ældre kvinder (3 dages reduktion), mens den er insignifikant og tæt på nul for mænd. For yngre kvinder er effekten også statistisk signifikant, omend kun i størrelsesordenen 1/2 dags reduktion i sygefraværet pr. måned.

ID (16): Tysk komparativ undersøgelse, som finder en reduktion af sygefraværet blandt kontoransatte via en indsats, der har fokus på bl.a. bevægelse og ergonomi. Via en række kurser og seminarer har interventionen til formål at styrke medarbejdernes tro på egne evner og deres mestring af daglige udfordringer samt, via gruppesessioner, at diskutere muligheder for at optimere arbejds-gange og forbedre det sociale klima i afdelingen. Eksempelvis deltager 69 % af indsatsgruppen i et kursus i ergonomi, mens 16 % deltager i et kursus i sundt kosthold og ca. 5 % deltager i hhv. kurser i gymnastik, stresshåndtering og i at grine. Grupperne var under ledelse af en læge, der var tilknyttet organisationen og derfor kendte den i forvejen. Der foreligger ingen oplysninger om varigheden af programmet. Målgruppen er ansatte i 3 afdelinger i et offentligt forsikrings-agentur. En afdeling modtager interventionen, mens to sammenlignelige afdelinger udgør kontrolgruppen. Udvælgelsesproceduren er ikke beskrevet, men der er sandsynligvis tale om bekvemmelighedsstikprøver, hvilket svækker validiteten af undersøgelsen. Der foretages ingen styrkeberegninger, men interventionsafdelingen omfatter 159 medarbejdere, mens de

to kontrolafdelinger beskæftiger 450 personer. Evalueringen foretages på afdelingsniveau, og der måles på aggregeret ændring i sygefravær et år før og efter interventionen. Det betyder, at resultatet er baseret på tre datapunkter og derfor skal fortolkes forsigtigt. Imidlertid finder forfatterne en reduktion i sygefraværet på 1,3 procentpoint i interventionsgruppen mod en stigning på 2,8 procentpoint i kontrolgrupperne.

ID (17): Klynge-lodtrækningsforsøg, der finder signifikante effekter af en bred og varieret indsats blandt ansatte i børnehaver. Projektet foregik blandt ansatte i 196 børnehaver i Københavns Kommune og var finansieret af Forebyggelsesfonden i perioden 2011-13. Indsatsen er struktureret i fire faser, hvor det tværgående tema er "fokus på kerneopgaver". Første fase foregår primært før lodtrækningen og handler om screening af institutioner. Anden fase påbegyndes efter lodtrækning og består i udarbejdelsen af en handlingsplan for den enkelte arbejdsplads, hvor medarbejdere spiller en nøglerolle. Hver arbejdsplads fik tilknyttet en arbejdsmiljøkonsulent, der skulle bistå med at støtte og facilitere den følgende proces. I tredje fase implementeres forslag fra handlingsplanen samt en række generiske tiltag, der er fælles for alle arbejdspladser i interventionsgruppen. Endelig selvevaluerer arbejdspladserne forløbet i sidste, fjerde, fase. Som følge af de arbejdspladsspecifikke handlingsplaner varierer indsatsen efter behov. Analysen vedrører de 78 arbejdspladser med lavest korttidssygefravær. Heraf blev 44 børnehaver udvalgt ved lodtrækning til interventionen, mens 34 enheder udgjorde kontrolgruppen. Tre børnehaver forlod interventionsgruppen pga. lukning mv., hvorfor analysen udføres efter intention-to-treat-princippet. Efter eksklusion af pædagogstuderende omfatter interventionsgruppen 1.760 ansatte, mens der er 1.279 personer i kontrolgruppen. Data omfatter sygefravær fra kommunens administrative registre i 29 måneder efter lodtrækningen samt 12 måneder før. Udfaldsmålet er forekomsten af kort sygefravær, dvs. antallet korte sygdomsperioder pr. person pr. år. Godt 82 % af de ansatte er kvinder, og gennemsnitsalderen er mellem 38 og 39 år. Niveaue for det korte sygefravær ligger på omkring ni dage pr. person pr. år i opfølgningsperioden. Effekten af interventionen er en reduktion af forekomsten for det korte sygefravær på godt 10 % efter justering for observerbare forskelle mellem afdelingerne. Konfidensintervallet for den relative risiko for sygefravær er 0,83-0,96 lavere i interventionsafdelinger end i kontrolafdelinger. En supplerende analyse viser tilsvarende effekter for det lange sygefravær.

ID (18): Finsk lodtrækningsforsøg fra 2006-7, der finder signifikante effekter på sygefraværet af ergonomisk indsats blandt ansatte i sundhedssektoren. Interventionen bestod af et besøg af en fysioterapeut på arbejdspladsen, som skulle identificere muligheder for forbedring i arbejdsmiljøet. Forbedringerne skulle derefter diskuteres og implementeres i samarbejde med den nærmeste leder. Styrkeberegningen viste, at 250 deltagere var nødvendigt, men der kunne kun rekrutteres 177 personer. Der var primært tale om kvinder, som havde henvendt sig til egen læge for nyligt pga. smerter, men som ikke behøvede en sygemelding. Interventionsgruppen bestod af 89 personer, med opfølgning i ét år via administrative registre (sygefravær) og spørgeskema (for smerterelaterede mål). Resultaterne viste et lavere antal dage med sygefravær for interventionsgruppen efter tre måneder (6 vs. 12 dage), mens der ikke var nogen forskel på antallet af sygemeldinger. På længere sigt var andelen af personer med en sygemelding også signifikant lavere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen (20 % vs. 32 %).

ID (19): Svensk lodtrækningsforsøg blandt ansatte med rygsmerter og deres ledere, hvor indsatsen benytter en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang, der dokumenteres at have positive effekter. Indsatsen omfatter individuelle samtaler med leder og medarbejder, som forløber over fire uger. Interventionen for medarbejderen omfatter tre individuelle samtaler af halvdelen times varighed. I første samtale identificeres problemer og der sættes mål. I anden samtale udvikles medarbejderens evne til at håndtere eller løse problemerne. I sidste samtale er fokus på at udvikle medarbejderens evne til at italesætte oplevelser og behov i forhold til andre aktører på arbejdspladsen. Interventionen omfatter også hjemmeopgaver og rollespil. Lederen deltager i to samtaler af halvdelen til to timers varighed. Første samtale omhandler problemanalyse og udvikling af færdigheder til problemløsnings, mens anden samtale sætter fokus på kommunikation med medarbejderen. Formålet er at minimere indvirkningen af arbejdsplads-relaterede psykosociale risikofaktorer på medarbejderens kroniske smerter og at skabe et støttende arbejdsmiljø. Lederne havde efterfølgende mulighed for at få telefonisk rådgivning i to måneder efter sidste møde. Indsatsen blev forestået af én af fire autoriserede kliniske psykologer med erfaring og uddannelse inden for området. Rekrutteringen foregår via arbejdsmedicinske klinikker blandt ansatte, som har lænderygsmerter over et vist niveau på en valideret skala, og som indvilger i, at deres leder må kontaktes med henblik på deltagelse i forsøget. Ud af 520 interesserede ekskluderes 380 personer, pga. at de ikke opfylder kriterierne for deltagelse, eller fordi de nægter deltagelse. I alt trækkes der lod blandt 140 medarbejdere og 55 ledere, hvor leder og medarbejder parres. Indsatsgruppen består af 82 medarbejdere og 30 ledere, mens kontrolgruppen, der modtager den sædvanlige behandling, består af 58 medarbejdere og 25 ledere. Artiklen beskriver ikke, hvordan eller hvorfor lederne indgår i kontrolgruppe-designet, men VIVE formoder, at lederne ikke spiller nogen rolle i den sædvanlige behandling, og at de derfor ikke kontaktes. Det er ikke oplyst, hvornår forsøget har fundet sted, ligesom der tilsyneladende ikke ligger nogen styrkeberegning til grund for antallet af deltagere. Der følges op på smerterelateret sygefravær i de seneste tre måneder ved hver spørgeskemaopfølgning ved baseline, umiddelbart efter indsatsen (fire uger) og efter seks måneder. Der spørges både, om medarbejderen har været fraværende, og hvor mange dage vedkommende har været fraværende; samtidig undersøges udviklingen i smerteintensiteten, brugen af sundhedsydelser og medarbejderens selv vurderede helbredtstilstand. Resultaterne viser, at indsatsgruppen har et bedre udgangspunkt, for så vidt at de har et lavere fravær ved baseline, men samtidig også, at faldet i fraværet er større i indsatsgruppen end i kontrolgruppen. Således falder andelen med fravær fra godt 46 % til 21 % i indsatsgruppen – dvs. 25 procentpoint – mens faldet kun er på knap 16 procentpoint i kontrolgruppen. Denne forskel er robust i forhold til inklusionen af forklarende variable i en logistisk regression, hvor kontrolgruppen har 2,5 gange højere odds for at have fravær som følge af smerter. Tilsvarende resultater, i

indsatsgruppens favør, findes for de øvrige udfaldsmål, undtagen for smerteintensiteten, hvor forskellen ikke var statistisk signifikant. En "back-of-the-envelope" cost-benefit-beregning viser desuden, at indsatsen giver et samfundsøkonomisk overskud.

ID (20): Matching-undersøgelse af rehabiliteringsgarantien i Skåne, der finder både positive og negative effekter. Garantien omfatter kognitiv terapi for personer med lette eller middelsvære psykiske helbredsproblemer og multidisciplinær rehabilitering for personer med uspecifikt ryg- og nakkebesvær. Evalueringen viser, at kognitiv terapi mindsker sygefraværet for personer, der ikke var sygemeldte i udgangspunktet, men de får flere lægebesøg. For personer, der var sygemeldte ved behandlingsstart, fandt man også en stigning i antallet af lægebesøg, men ikke nogen ændring i sygefraværet. Den multidisciplinære behandling førte både til et øget sygefravær og flere lægebesøg. Analysen beror på dynamisk matching og drager nytte af et stort datasæt med mange individer og detaljerede baggrundsplysninger. Endvidere er der en vis tilfældig variation i, hvem der får behandlingen, og hvem der ikke gør, pga. kapacitetsbegrænsninger, der varierer på kommuneniveau i Skåne. Matchingen er dynamisk, idet der tages højde for at en person, der på et tidspunkt benyttes som kontrol, senere kan blive behandlet under rehabiliteringsgarantien. BaggrundsvARIABLE omfatter helbredstilstand, socioøkonomiske og demografiske forhold. Alle oplysninger er registerbaserede og sygefraværet måles indtil medio 2013. Indsatsgruppen omfatter alle, som har påbegyndt en behandling under "rehabiliteringsgarantien" i Region Skåne i løbet af kalenderåret 2012. I forhold til arbejdsmarkedstilknytning og helbred, så viser data, at der eksisterer en positiv selektion til den kognitive terapi, mens der er en negativ selektion til den multidisciplinære behandling. Endvidere er der en overrepræsentation af kvinder i begge grupper. Udfaldsmålene omfatter antallet af lægebesøg og medicinkøb samt antal dage med sygefravær pr. kvartal. Multidisciplinær behandling tilbydes personer med ikke-specifikt ryg- og nakkebesvær, der har forholdsvis store og komplekse behandlingsbehov. Før behandlingen påbegyndes udredes personens muligheder for at vende tilbage til arbejdet. Behandlingen udføres af et integreret team af personer med forskellig baggrund og foregår to til tre dage pr. uge i seks til otte uger – både individuelt og i grupper med op til ti patienter. Den typiske behandling strækker sig over 108 dage. Kognitiv adfærdsterapi tilbydes efter en psykologisk udredning for personer, der enten er sygemeldte, eller som risikerer at blive det pga. lette til middelsvære psykiske problemer. Terapien kan både foregå individuelt og i grupper, men omfatter 10-15 sessioner, der typisk strækker sig over 115 dage. De tre behandlingsgrupper er størrelsesmæssigt forskellige – hvor gruppen af ikke-sygemeldte, der får kognitiv terapi omfatter 5.655 personer, er der kun 1.344 sygemeldte, som får samme behandling. Den multidisciplinære behandlingsgruppe omfatter 1.165 personer. Kontrolgrupperne udvælges ved 1-til-1-matching og er dermed lige store. Resultaterne viser en reduktion i sygefraværet for ikke-sygemeldte, der får kognitiv terapi på 36 % (knap to dage pr. kvartal), mens der ikke er nogen signifikante effekter for sygemeldte, der får kognitiv terapi. Den multidisciplinære indsats øger sygefraværet med knap 24 % – eller fire til fem dage mere pr. kvartal.

ID (21): Svensk evaluering af, om en indsats virker bedre, når den matches med forsøgsdeltagernes psykologiske risikoprofiler. Indsatsen består af tre varianter af en adfærdsbaseret psykologisk indsats, der er udviklet med henblik på at forebygge længerevarende sygefravær som følge af smerter i ryg, nakke og skuldre. De tre varianter af indsatsen er:

1. Aktivitetstræning: Seks ugentlige sessioner med en fysioterapeut eller en psykolog med viden og uddannelse om fysisk træning, samt løbende kontakt via telefon og e-mail mellem træningssessionerne. (Matches til mellem risikoprofil).
2. Gradvis udsættelse: Syv sessioner med en klinisk psykolog med uddannelse i smertepsykologi i løbet af seks uger, hvor det afdækkes, hvad man undgår på grund af smerter og man gradvis udsættes for bevægelser, der fremprovokerer smerte. (Matches til smerteundvigende risikoprofil).
3. Kognitiv adfærdsterapi: Syv ugentlige sessioner med en klinisk psykolog med uddannelse i smertepsykologi. (Matches til bekymret risikoprofil).

Målgruppen er medarbejdere i risiko for længerevarende smerte-relateret invaliditet eller erhvervsudygtighed. Forsøgsdeltagerne er rekrutteret via bedriftslægeordningen i Örebro, Sverige. Inklusionskriterier var: (1) 18-65 år gammel, (2) smerter i ryg, skuldre eller nakke, (3) en score på >90 på Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ), og (4) <180 dages sygefravær i løbet af det seneste år. Eksklusionskriterier var: (1) alvorlige ko-morbide medicinske eller psykiatriske problemer, (2) problemer med at forstå eller tale svensk, (3) anden sideløbende behandling, og (4) tydelige alarmsignaler, fx infektioner eller frakturer. Studiets design er et blok-lodtrækningsforsøg, hvor der for hver gang fire personer med samme risikoprofil havde tilmeldt sig studiet, blev trukket lod, og to modtog en indsats målrettet deres risikoprofil (indsatsgruppen), mens to modtog en af de øvrige behandlinger (kontrolgruppen). Behandlerne var blindede, således at de ikke vidste, om forsøgspersonerne var i indsats- eller kontrolgruppen. Indsats- og kontrolgruppen bestod af hver 39 personer. Data blev indsamlet via spørgeskemaer ved forsøgets start, ugentligt mens forsøget var i gang, ved forsøgets afslutning samt ni måneder efter forsøgets afslutning. Analyserne fandt ingen effekt af, at indsatsen var matchet med deltagernes risikoprofil, på selvrapporteret sygefravær inden for de seneste seks måneder, grupperet på 0-14 dage og 15+ dage. Analyserne fandt ligeledes ingen effekt af matchingen på selv vurderet funktionsnedsættelse, frygt og undgåelse, smerteintensitet, smerte-katastrofetænkning, bekymring om smerter, depressive symptomer, angst, og smerte-relaterede besøg hos praktiserende læge eller fysioterapeut.

ID (22): Amerikansk lodtrækningsforsøg, hvor indsatsen gives telefonisk og er baseret på vejledning efter kognitive adfærds-terapeutiske principper. Målgruppen er ældre ansatte, som er ramt af middel til svær psykisk sygdom med begrænsninger i arbejdsvejen. I en dansk kontekst må disse personer betegnes som meget udsatte og i høj risiko for at blive sygemeldte. Afgrænsningen foretages efter indledende screening på baggrund af validerede skalaer. Personer med psykose, bipolar lidelse, svære fysiske begrænsninger eller misbrug ekskluderes. Indsatsen omfatter otte telefonsessioner af 50 minutters varighed, hvor der fokuseres på tre områder: psykoedukation, hvor formålet er at øge patientens viden om depression, behandling og symptomernes indflydelse på vedkommendes arbejdskapacitet; kognitiv adfærdsterapi, som adresserer psykologiske barrierer i arbejdslivet, samt coaching, hvor der arbejdes med uoverensstemmelser mellem medarbejderens kapacitet og arbejdets krav. Samtalerne forløber som semi-strukturerede interview, og der udarbejdes en individuel handlingsplan, som ikke kræver arbejdsgiverens involvering. Endvidere diskuteres tilhørende opgaver, som løses i hjemmet. Det fremgår ikke tydeligt, hvor lang tid interventionen løber over, men der formodes at være tale om nogle få måneder. Rekrutteringen foretages online blandt 24 forskellige arbejdssteder – både private og offentlige arbejdspladser, samt non-profit-organisationer – i perioden 2010-13. I alt screenes godt 18.000 medarbejdere, hvoraf 1.227 er berettigede til at deltage, mens 431 indvilger – heraf udtrækkes 217 personer tilfældigt til indsatsen, hvilket ifølge styrkeberegningen er tilstrækkeligt til at afdække signifikante effekter. Kontrolgruppen modtager ingen specielle tilbud. For at sikre et lavt bortfald er der forskellige mindre økonomiske bonusser forbundet med besvarelsen af de opfølgende spørgeskemaer. Der følges op på en række forhold via spørgeskema, herunder helbredsrelateret fravær, der måles som forholdet mellem realiserede og aftalte antal arbejdstimer de foregående to uger. Opfølgningen sker fire måneder efter afslutningen af indsatsen. Indsats- og kontrolgruppen er ikke signifikant forskellige i udgangspunktet, ud over det forhold at der er flere gifte i kontrolgruppen. Overordnet er gennemsnitsalderen knap 55 år og 72 % er kvinder. I udgangspunktet led 25 % af en svær depression, 56 % havde brugt antidepressiv medicin inden for den seneste måned, og i gennemsnit havde deltagerne haft 1,6 dages sygefravær de seneste 2 uger. Analyseresultaterne viser, at indsatsgruppen udviser signifikante forbedringer over opfølgningsperioden for samtlige udfaldsmål, og ændringerne er signifikant bedre end hos kontrolgruppen, fx falder sygefraværet med 53 % i indsatsgruppen mod kun 13 % i kontrolgruppen, hvilket giver en effektstørrelse på 0,31, der er statistisk signifikant (0,2 betegnes som en lille effekt, mens 0,5 betegnes som en mellemstor effekt). En cost-benefit-analyse viser, at hver investeret dollar giver pengene godt 6 gange igen. Analysens svagheder er bl.a. den korte opfølgningsperiode, hvilken i sig selv ikke giver nogen risiko for bias, samt de selvrapporterede udfaldsmål, der godt kan medføre bias, hvis deltagerne bevidst overvurderer positive effekter.

ID (23): Dansk klynge-lodtrækningsforsøg, der opnår positive resultater via beroligende samtaler for kommunalt ansatte med lænderyg-smerter. Der rekrutteres på afdelingsniveau fra teknik- og miljøforvaltninger i 11 kommunale afdelinger. På baggrund af en styrkeberegning udvælges seks afdelinger med 256 ansatte til indsatsgruppen, mens kontrolgruppen består af fem afdelinger med 239 ansatte. Der er primært tale om mænd i 50-årsalderen med manuelt arbejde, og ud over køn, alder og stilling kontrolleres der også for rygning. I udgangspunktet er grupperne ikke-balancerede, og der anvendes kun selvrapporterede data. Rekruttering, baseline måling og etårs-opfølgning finder sted perioden 2012-14. Interventionen var to samtaler af én times varighed, der havde til formål at informere og berolige omkring lænderygsmerter. Bemærk, at alle medarbejdere deltager i en samtale, uanset om de har lænderygsmerter eller ej, hvilket skyldes, at målgruppen har hårdt manuelt arbejde og derfor er i højrisikogruppen for at udvikle denne type smerter (prævalensen i en given måned er 56 %). Der måles på antallet af dage med selvrapporteret sygefravær den seneste måned pga. lænderygsmerter via SMS-interview, men også en række andre mentalt og somatisk helbredsmaal. Resultaterne viser signifikante effekter af indsatsen sammenlignet med kontrolgruppen, således at indsatsgruppen rapporterer om færre dages sygefravær, uanset om der er tale om en "intention-to-treat"- eller en "treatment-effects on the treated"-analyse. Under hensynstagen til de observerede forskelle mellem kontrol og indsatsgruppen er effekterne fra intention-to-treat-analysen i størrelsesordenen 1/3 dages mindre sygefravær pr. måned. Tilsvarende, så havde interventionsgruppen 83 % højere odds for møde på arbejde, hvis de var ramt af lænderygsmerter. For en række andre udfaldsmål findes tilsvarende signifikante effekter i indsatsgruppens favør (fx lægebesøg og depression). Imidlertid finder forfatterne ingen effekt, når der måles på antallet af dage, hvor respondenter har holdt sig tilbage fra at udføre normale gøremål pga. lænderygsmerter, hvilket umiddelbart svækker hovedresultatet.

ID (24): Norsk klynge-lodtrækningsforsøg i perioden 2008-9, hvor to interventioner, der foregår på afdelingsniveau, sammenlignes med kontrol-afdelinger, hvor der ikke sker nogen ændring. Interventionen består af information og beroligende råd omkring lænderyg-smerter, der gives via to gruppesessioner af 45 minutter med 2-3 måneders mellemrum. Undervisningen adresserer myter omkring lænderyg-problemer og fordelene ved fysisk aktivitet og motion med videre. I tillæg uddannes en medarbejder til at varetage en støttende rolle i forhold til smerteramte kollegaer – men specifikt ikke til at give diagnoser eller behandlingsforslag. I et separat forsøg gives en anden interventionsgruppe i tillæg mulighed for at søge hurtigt hjælp på en arbejdsmedicinsk klinik, hvor henviste patienter kunne få en individuel vurdering, deltage i beroligende workshops og blive undersøgt af en fysioterapeut. På baggrund af en styrkeberegning udvælges 135 organisatoriske og fysisk afgrænsede afdelinger i to kommuner til at deltage. Heraf udvælges 45 afdelinger til den ene intervention, 48 til den anden intervention, mens 42 afdelinger fungerer som kontrolgruppe. Det primære udfaldsmål er sygefravær målt på afdelingsniveau som det totale antal fraværstimer divideret med det totale antal aftalte arbejdstimer. Sygefraværet følges 1 år før interventionen og i det år, hvor forsøget kører. Undersøgelsen er designet efter intention-to-treat-princippet, og der måles ikke på, i hvor høj grad medarbejderne på de respektive afdelinger deltager i interventionens aktiviteter. Resultaterne viser, at begge interventioner reducerer sygefraværet over opfølgningsperioden sammenlignet med baseline, hvorimod sygefraværet stiger i kontrolgruppen over perioden. En regressionsanalyse viser imidlertid, at kun effekten for den udvalgte intervention er statistisk

signifikant – sygefraværsraten er 0,84 gange lavere i gruppen, der får den udvidede intervention, sammenlignet med kontrolgruppen.

ID (25): Finsk klynge-lodtrækningsforsøg fra 2002-5 med fokus på ergonomi for køkkenansatte, som ikke finder nogen signifikante effekter. Interventionen indledes med to workshops a fem timer, hvor der blev undervist i basal ergonomi. På disse workshops blev medarbejderne opfordret til at identificere problemer i deres arbejdsrutiner på de respektive arbejdspladser. Mellem de to workshops blev køkkenerne besøgt af en forsker tilknyttet projektet, og ved anden workshop blev der udfærdiget en handlingsplan. Efterfølgende blev handlingsplanerne udmøntet over de næste tre kvartaler. Denne proces blev understøttet af seks nye workshops a tre timers varighed. Hver workshop havde et nyt tema, fx arbejdsstilling, monotone bevægelser osv. På baggrund af en styrkeberegning blev der trukket lod blandt 119 køkkener, hvoraf 59 deltog i interventionen, der varede 11-14 måneder. Deltagerne var næsten udelukkende kvinder ansat som køkkenhjælp i skolekøkkener eller børnehaver. I alt var der 504 personer i deltager- og kontrolgruppen. Der blev indsamlet data via spørgeskemaer ved baseline og med 3 måneders intervaller derefter. Forfatterne fandt imidlertid ingen signifikante effekter hverken på sygefravær eller på nogen af de øvrige smerte og trivselsrelaterede udfaldsmål.

ID (26): Hollandsk lodtrækningsforsøg med forebyggende indsatser inden for sundheds- og uddannelsessektoren, der ikke finder signifikante effekter. Målgruppen er medarbejdere på tre virksomheder, som er i risikogruppen for sygefravær pga. psykosociale forhold. Interventionen består af syv til ni 1-times sessioner med en forebyggelsesvejleder over seks måneder. De første møder foregår både individuelt og som rundbordsamtaler, hvor arbejdsgiver er repræsenteret, og formålet er at udarbejde en handlingsplan for medarbejderen. De efterfølgende fire til seks møder er individuelle, hvor medarbejder og vejleder undersøger muligheder og løsninger på de identificerede problemer. Programmet afsluttes med et sidste rundbordsmøde, hvor der evalueres. Kontrolgruppen får ingen indsats, ud over allerede eksisterende tilbud. Alle medarbejderne modtog et postalt screeningsværktøj, som 42 % besvarede. Heraf blev 335 personer (9 %) udvalgt til nærmere undersøgelse for, om de var berettigede til at modtage indsatsen. I alt blev 151 personer inkluderet i lodtrækningen, hvoraf 76 personer deltog i interventionsgruppen. Heraf var det dog 37 personer, der gennemførte programmet i dets helhed, hvorfor analyserne udføres efter "intention to treat"-princippet. Primært er der tale om kvinder midt i fyrrerne. Der følges op via spørgeskema efter 12 måneder, og det primære udfald er selvrapporteret sygefravær. Forfatterne finder ingen statistisk signifikante resultater vedrørende sygefraværet, men det gør de derimod for de sekundære mentale helbredsrelaterede udfaldsmål, hvor interventionsgruppen har signifikant bedre udfald end kontrolgruppen.

ID (27): Evaluering af en indsats rettet mod medarbejderne i det offentlige sundhedsvæsen i den skotske region Lanarkshire. Indsatsen er udviklet med udgangspunkt i en sagsbehandlingstilgang, og den består af et telefonbaseret system – EASY (Early Access to Support for You) – til at håndtere og følge op på sygefravær. Systemet faciliterer telefonisk kontakt mellem den fraværende medarbejder, dennes nærmeste leder, og en EASY-kontaktperson samt giver mulighed for at henvise til et erhvervsmæssigt sundhedstilbud efter den 10. sygefraværsdag. Implementeringen af EASY-indsatsen startede i maj 2008, og indsatsen blev løbende udbredt, indtil alle medarbejdere i NHSL var dækket i marts 2009. Effektmålingen er gennemført med et ikke-eksperimentelt design, hvor indsatsgruppen er medarbejderne i det offentlige sundhedsvæsen i Lanarkshire (NHSL), og kontrolgruppen er medarbejderne i det offentlige sundhedsvæsen i resten af Skotland (NHS). Ved studiets begyndelse i 2007 var der 11.185 medarbejdere i NHSL og 143.032 medarbejdere i NHS i resten af Skotland. Data på sygefravær kom fra to kilder: sygefraværdata fra NHS Scotland Information Services Division og sygefraværdata indsamlet direkte af EASY-systemet i NHSL. Der er dannet to dataserier, som begge løber fra januar 2007 til august 2012, for henholdsvis Lanarkshire og det øvrige Skotland. Dataserierne indeholder månedlige sygefraværssrater, defineret som det samlede antal arbejdstimer tabt pga. sygefravær divideret med det samlede antal mulige arbejdstimer. De to dataserier er analyseret ved brug af Box-Jenkins Autoregressive Integrated Moving Average (ARIMA) tidsseriemetoden. I analyserne blev EASY-indsats-variablen kodet til 0 før maj 2008, hvorefter den steg løbende, indtil den ramte 1 i marts 2009, hvor indsatsen blev vurderet til at være fuldt udbredt og implementeret. Der var annonceret et nationalt mål om at reducere sygefraværet til 4 % inden for det offentlige sundhedsvæsen i december 2007, og de øvrige regioner gennemførte derfor også forskellige tiltag med henblik på at reducere sygefraværet. Det betyder, at kontrolgruppen reelt fået en blanding af flere forskellige indsatser, og kontrol-variablen er kodet til 0 før maj 2008 og 1 herefter i analyserne. Analysen viser, at indsatsen har reduceret sygefraværet med 21 % i NHSL, mens tiltagene i NHS i det øvrige Skotland har reduceret sygefraværet med omkring 9 %. Desuden reducerede EASY-indsatsen den gennemsnitlige varighed af sygefraværet i indsatsens år 2-4 sammenlignet med indsatsens første år. Medarbejdere, som blev ringet op på deres første sygefraværsdag, var mere tilbøjelige til at vende tilbage til arbejde end medarbejdere, som blev ringet op en af de følgende dage, hvilket dog kan tænkes at skyldes selektionsbias. Indsatsens omkostninger og besparelser er opgjort for de første tre år, hvor nettogevinsten estimeres til £166.390. Brugen af data på sygefravær fra to forskellige datakilder og det forhold, at kontrolgruppen reelt har fået en blanding af flere forskellige indsatser, samt måden hvorpå dette er håndteret i den statistiske analyse, øger risikoen for at studiets resultater har bias.

ID (28): Dansk evaluering af projekter, der er gennemført i 2007-2011 med støtte fra Forebyggelsesfonden (FBF) med henblik på at forebygge og forhindre fysisk og psykisk nedslidning. Der er tale om 127 projekter, som involverer 565 unikke arbejdssteder. Projekterne kan opdeles i tre typer, der henholdsvis: 1) forebygger nedslidende rutiner og arbejdsgange på arbejdspladser i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper og fastholder medarbejdere med dårligt helbred; 2) udvikler ny

teknologi, der kan anvendes til at forebygge nedslidning i særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper; og 3) styrker bevidstheden om risikoen forbundet med rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet. Effektmålingen er gennemført med et ikke-eksperimentelt design (difference-in-differences), hvor indsatsgruppen er medarbejderne på de arbejdspladser, der har modtaget støtte, og kontrolgruppen er arbejdspladser, som ikke har modtaget støtte fra FBF. Der er store og statistisk signifikante forskelle på indsats- og kontrolgruppens medarbejdersammensætning, fordelingen af offentlige og private arbejdspladser, branchesammensætningen og arbejdspladserne beliggenhed. Dertil kommer, at de 127 evaluerede projekter er forskellige, om end de alle falder ind under fondens formål. De estimerede effekter er gennemsnitlige effekter af samtlige 127 indsatser. Det kan derfor ikke udelukkes, at der findes indsatser med en positiv effekt, men at dette modvejes eller udvandes af andre projekter, der har en negativ eller ingen effekt. Der findes ingen effekt af de evaluerede indsatser på medarbejdernes sygefravær opgjort som antal sygedage pr. år, hverken samlet set, eller når analysen opdeles på offentlige og forskellige arbejdspladser eller afgrænses til forskellige tidsperioder. Data på medarbejdernes sygefravær stammer fra DREAM-databasen, hvori det er registreret, hvor mange uger hvert år en person har modtaget kommunalt udbetalte sygedagpenge. Da en del af det korte sygefravær ikke registreres i DREAM, indgår dette fravær ikke i analysen. Der findes ligeledes ingen effekter på medarbejdernes brug af forskellige typer af medicin samt kontakter til fysioterapeut og psykolog.

ID (29): Amerikansk lodtrækningsforsøg med klinisk mindfulness blandt ansatte med angst. Interventionen strækker sig over otte uger med ugentlig gruppeundervisning i fx vejtrækning og yoga forestået af en erfaren instruktør. I tillæg får deltagerne øvelser med hjem samt afslappende lydoptagelser. Deltagelse afgøres ved lodtrækning. Kontrolgruppen deltager i et undervisningsbaseret stresshåndterings-kursus (søvn, ernæring, planlægning), der også strækker sig over otte uger, men som ikke inkluderer mindfulness. Indsatsgruppen er udvalgt ved lodtrækning og omfatter 27 personer, mens der er 30 personer i kontrolgruppen. Det oplyses ikke, hvornår forsøget har fundet sted. Data indsamles via spørgeskema ved baseline samt efter 8 og 24 uger. Der måles både på selvrapporteret antal timers fravær over de seneste fire uger set i forhold til personens normale arbejdstid, men også hele eller delvise fraværsdage som følge af helbredsproblemer. Der vises kun resultater for 24-ugers-opfølgningen sammenlignet med baseline, hvor der ikke kan konstateres signifikante effekter, for så vidt angår det procentuelle fravær eller antallet af hele dages fravær. Dog er der en signifikant effekt, for så vidt angår antallet af delvise sygefraværsdage, hvor interventionsgruppen har færre. Imidlertid understøttes dette fund ikke af de to øvrige fraværsmål, og da der også er tale om stor variation mellem de forskellige målepunkter pga. undersøgelsens ringe styrke og et stort bortfald, fremstår sammenhængen usikker efter VIVEs opfattelse.

ID (30): Dansk lodtrækningsforsøg i perioden 2006-7, som finder en reduktion i sygefraværet via en kognitiv terapeutisk indsats blandt personer med stress-relaterede lidelser. Interventionen består af otte gruppesessioner a tre timer ledet af en psykiater og indeholder kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation og samtaler omkring negativ tænkning, problemløsning mv. Indsatsen varer tre måneder, og der er ni personer på hvert hold. Forsøget har et venteliste-design og omfatter personer, der lider af stress, som enten er i arbejde, eller som er sygemeldte, i Aarhus Kommune. Målgruppen på 173 personer blev henvist fra egen læge, og efter eksklusion af personer pr. sociale problemer, misbrugsproblemer eller langvarigt sygefravær blev 102 personer inviteret til at deltage. Efter lodtrækning blev halvdelen udtrukket til at deltage i uge 1 til 16, hvorefter kontrolgruppen kunne deltage i ugerne 17 til 32. Antallet af deltagere er bestemt ud fra en styrkeberegning. Stikprøven omfatter primært kvinder midt i fyrrerne, hvoraf omkring 40 % ikke er sygemeldte i udgangspunktet. Der følges op retrospektivt via spørgeskema hver 3. måned og via registerdata i et år. Udfaldsmålet fra spørgeskemaundersøgelsen er hele eller delvise dage med sygemelding de foregående tre måneder. Via DREAM-registeret undersøges det længerevarende sygefravær både frem og tilbage i tid. Resultaterne viser en 29 % reduktion i det selvrapporterede antal dages sygefravær set over hele perioden efter uge 16, hvor interventionsgruppen afslutter programmet, og kontrolgruppen påbegynder. Tilsvarende estimer findes på registerdata. Imidlertid er konfidensintervallerne meget brede, omend flere af resultaterne er statistisk signifikante. Det fremstår dog uklart, i hvor høj grad resultaterne tager højde for de store forskelle, der er i sygefraværet i de to grupper allerede i ugen, efter at de respektive grupper har afsluttet indsatsen, hvor gennemsnittet ligger på 27 dage for første indsatsgruppe og 32 dage for venteliste-kontrolgruppen.

ID (31): Svensk forsøg, der finder usikre, men signifikante effekter af en indsats baseret på kognitiv terapi blandt sygemeldte med stress. Forsøget foregik mellem 2007 og 2010, hvor sygemeldte kvinder med fast arbejde tilbydes deltagelse i et 16 ugers program med tre faser med møder to gange ugentligt a 2,5 time. Kun kvinder med stress-diagnoser samt sygemelding i mere end to måneder kunne deltage. Første og anden fase varer fem uger hver, og møderne handler om hhv. identifikation af udfordringer samt mål og strategier i forhold til disse. Fase to inkluderer også en mulighed for deltagelse blandt pårørende og arbejdsgiver til den sygemeldte. Sidste fase indeholder arbejdsprøvning i seks uger på nuværende eller ny arbejdsplads. I denne fase mødes de sygemeldte i en gruppe tre gange for at diskutere udviklingen. Hver gruppe er under ledelse af en uddannet arbejdsmiljøterapeut. Alle deltagere havde samtidig møder med deres sagsbehandler i jobcenteret og kontakt med nuværende arbejdsgiver, men derudover var der stor variation i de tilbud, kvinderne modtog – fx medicinsk behandling, fysioterapi eller mere omfattende rehabiliteringsprogrammer. På baggrund af en styrkeberegning udvalgte en sagsbehandler 42 kvinder til at deltage i programmet, mens kontrolgruppen ligeledes består af 42 kvinder, der matches på en række relevante baggrundsoplysninger. Desværre er kontrolgruppen udtrukket efter en stor reform i juli 2008, hvorefter den potentielle varighed af sygedagpengene afkortes. Sidstnævnte medfører en potentiel bias imod nul, og fører derfor ikke umiddelbart til nogen overvurdering af deltagelseseffekten. Endvidere opfattes to fyrede medarbejdere i interventionsgruppen, som modtager godtgørelse for afskedigelse, som værende vendt tilbage til arbejde. Dette valg fører potentielt til en overvurdering af

programeffekten. Data indsamles for perioden umiddelbart før og efter interventionen samt efter 6 og 12 måneder. De primære udfaldsmål er, om vedkommende kommer tilbage til arbejdet, og deres sygefravær, mens de sekundære udfaldsmål er relaterede til personens mentale helbred. Resultaterne viser, at kontrolgruppen hurtigere vender tilbage til arbejde, men at en marginal større andel fra interventionsgruppen er i arbejde ved sidste måling (83 % vs. 80 %). Den positive og signifikante effekt er imidlertid ikke robust over for forskellige model-specifikationer. For sygefravær findes tilsvarende trend og konklusioner med en signifikant netto reduktion på 50 % i kontrolgruppen mod 60 % i interventionsgruppen.

ID (32): Dansk dobbelt lodtrækningsforsøg mellem 2009-14, som finder signifikante effekter af kognitiv terapi blandt sygemeldte. Målgruppen er hel- eller deltidssygemeldte fra tre midtjyske kommuner, der blev henvist til en arbejdsmedicinsk hospitalsafdeling til screening. Interventionen var sammensat af seks 1-times sessioner over 16 uger med individuel beskæftigelsesrettet kognitiv adfærdsterapi forestået af en psykolog. Formålet var at reducere symptomer på stress, øge deltageres evne til at håndtere stress, og facilitere tilbagevenden til arbejde. Efterfølgende tilbagevenden skete gradvist afhængigt af personens helbred, hvor arbejdspladsen også blev tilbudt rådgivning fra den tilknyttede psykolog. Af de 609 personer (54 %), der returnerede det indledende screenings-spørgeskema, blev 259 personer med symptomer på arbejdsrelateret stress udvalgt til lodtrækning. Eksklusionskriterier var bl.a. arbejdsløshed, ikke arbejdsrelateret stress, og moderat til svær psykisk sygdom. Heraf blev 210 tilfældigt udvalgt til klinisk vurdering og interview, mens 49 blev udtrukket til kontrolgruppe (B), som ingen tilbud modtog fra hospitalet. På baggrund af interview og klinisk vurdering blev yderligere 96 udelukket pga. moderat til svær depression, arbejdsløshed osv., hvilket efterlod 114 personer til anden lodtrækning, hvoraf 58 blev tilfældigt udvalgt til interventionen, mens 56 personer udgjorde kontrolgruppe A. Pga. den høje eksklusionsandel ved den kliniske vurdering blev tilgangen til kontrolgruppe B stoppet midt i forsøget, hvorfor det altså må formodes, at kontrolgruppe B har en højere andel personer med sværere sygdomme, arbejdsløshed mv. Der følges op efter 16 og 44 uger. Tre fjerdedele af deltagerne var kvinder. Udfaldsmålet var vedvarende tilbagevenden til arbejde, hvilket defineres som fire sammenhængende uger uden sygedagpenge, ledighed mv. Analysen udføres efter intention-to-treat-princippet. Resultaterne viser, at interventionsgruppen vendte hurtigere tilbage til arbejde sammenlignet med begge kontrolgrupper, og det typiske antal uger (median), før vedkommende var tilbage i varig beskæftigelse, var 15, 19 og 32 uger for interventionsgruppen, kontrolgruppe A og kontrolgruppe B. I forhold til kontrolgruppe A, der er det mest valide sammenligningsgrundlag, var afgangsraten til varig beskæftigelse hhv. 1,7 og 1,6 gange højere ved 16 og 44 ugers opfølgning, hvoraf sidstnævnte er statistisk signifikant på et 5 %-niveau. Der findes ingen effekter på subjektive mentale helbredsmål.

ID (33): Hollandsk klynge-lodtrækningsforsøg, hvor interventionen består af to dele: én del rettet mod medarbejdere, og én del rettet mod arbejdsmedicinere, der i Holland står for at udstede en sygemelding. Indsatsen, der er rettet mod medarbejderen, forgår online, og har til formål at styrke vedkommendes tro på egne evner og intentionen om at vende tilbage til arbejdet. Indsatsen rettet mod arbejdsmedicineren skal vejlede i valg af behandling og henvisningsmulighed på baggrund af en monitorering af medarbejderens funktionsniveau og symptomer, der løbende finder sted elektronisk. Medarbejderindsatsen består af fem individuelt tilpassede moduler, der løber over 16 sessioner. Indholdet omhandler psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi, evner til problemløsning, håndtering af smerte og træthed samt forebyggelse af tilbagefald. Lodtrækningen foregår på regionalt niveau, hvor seks regioner deltager i forsøget (32 arbejdsmedicinere), mens seks udgør kontrolgruppen (30 arbejdsmedicinere). Rekrutteringen fandt sted i løbet af perioden 2011-13. Målgruppen omfatter personer, der har været sygemeldt i 4-26 uger fra små og mellemstore virksomheder, og som besøger en arbejdsmediciner, og som har symptomer over et vist niveau på en af flere validerede helbredsskalaer. Endvidere skal personerne mestre sproget, ikke være gravide, have adgang til internettet og ikke være involveret i juridiske konflikter med arbejdsgiveren. Spørgeskemaoplysninger indsamles ved baseline og derefter hver tredje måned i et år. Ud af 14.615 personer, som inviteres til at udfylde den initiale screening, fortsætter kun hhv. 89 og 131 personer i intervention- og kontrolgruppen – langt overvejende skyldes frafaldet manglende svar på screeningsspørgsmålene. Heraf er svarprocenterne i sidste opfølgende spørgeskemaundersøgelse hhv. 63 % i interventionsgruppen og 55 % i kontrolgruppen, men forfatterne redegør for, at forskellen ikke er signifikant, og der kontrolleres desuden for observerbare karakteristika. Artiklens konklusioner baserer sig på en cost-benefit-analyse, som udføres på baggrund af en lang række forhold – herunder sygefravær. Der præsenteres ikke direkte effektestimater for sygefraværet, men det fremgår, at effekten er signifikant, sådan at indsatsgruppen har et lavere sygefravær i opfølgingsperioden efter 9 og 12 måneder, hvilket leder til besparelser til sygedagpenge på i gennemsnit 546 euro pr. måned ved 12 måneders opfølgningen (2011-priser). Endvidere inkluderes udgifter til medicin, lægebesøg og produktivitetstab, samt indtægter i forbindelse med højere livskvalitet. Omkostningen til den elektroniske indsats estimeres til 300 euro. Fra et samfundsøkonomisk synspunkt er nettogevinsten på godt 4.200 euro med break-even efter 7 måneder; afkastet er 14 euro for hver investeret euro. De væsentlige svagheder ved analysen – ud over det store stikprøvebortfald – er, at den primære årsag til det positive resultat er besparelsen på udgifter til sygedagpenge, som baserer sig på selvrapporterede oplysninger.

ID (34): Dansk lodtrækningsforsøg med gruppebaseret psykoedukation blandt sygemeldte, der ikke finder nogen effekt. Interventionen var tilrettelagt med hurtig start og fleksibel tilmelding, således at den sygemeldte havde flere sessioner at vælge imellem. Sessionerne varede to timer en gang i ugen i seks uger og blev ledet af sygeplejersker med erfaring i psykoedukation samt en psykiater, en sagsbehandler, en fysioterapeut og en person, der tidligere var sygemeldt pga. mentale helbredsproblemer. Indholdet var information omkring symptomer, kognitive værktøjer og effekten af motion på det mentale helbred, lovgivning omkring sygefravær mv. Samtidig med indsatsen modtog deltagerne de sædvanlige tilbud. Sygedagpengemod-

tagere med 4 til 8 ugers anciennitet blev henvist fra jobcentrene i fire kommuner mellem 2012-14 og modtog et screenings-skema. Personer med risiko for mentale lidelser blev inkluderet, mens ikke-dansktalende, gravide, tidligere sygemeldte, arbejdsløse i aktiveringsordninger mv. blev ekskluderet. I alt blev 1.129 personer inviteret til at deltage, hvoraf 699 afslog. De resterende 430 blev fordelt ligeligt i en interventions- og kontrolgruppe ved lodtrækning. Udfaldsmålet var antallet af dage, indtil personen var selvforsørgende i fire sammenhængende uger. Resultaterne viste, at interventionen ikke havde nogen effekt, idet den relative risiko for at vende tilbage til arbejde var tæt på én og ikke statistisk signifikant forskellig efter seks måneder. Efter tre måneder var der signifikant færre i interventionsgruppen, der var vendt tilbage til arbejde, hvilket kan skyldes en fastlåsning på sygedagpenge som følge af deltagelse i interventionen.

ID (35): Dansk lodtrækningsforsøg der ikke finder nogen effekt af kognitiv terapi blandt sygemeldte. Målgruppen er primært kvinder, der blev henvist til udredning på arbejdsmedicinsk klinik med problemer relateret til stress i perioden 2008-11. Henvisninger til arbejdsmedicinsk klinik skyldes ofte konflikter mellem kolleger, samarbejdsvanskeligheder og mobning, for store arbejdskrav, rolleklarheder osv. Ved en udredning blev 137 personer med lettere mentale helbredsproblemer, der fortsat var fastansat men sygemeldt, inkluderet, mens landtidsfraværende, arbejdsløse og personer, der ikke ønskede at vende tilbage til deres nuværende arbejdsplads, gravide samt personer med misbrug mv. blev ekskluderet. Kontrolgruppen på 80 personer blev afsluttet og fik kun opfølgende spørgeskemaer fire og ti måneder efter den indledende udredning. Interventionsgruppen på 57 personer deltog i et program bestående af to delelementer – dels et individuelt kognitivt terapeutisk forløb med psykolog i seks gange en time fordelt over fire måneder, og dels et tilbud om deltagelse i et møde på arbejdspladsen med henblik på rådgivning om tilbagevenden til arbejdet og forebyggelse af stress. Samtalerne fokuserede indledningsvist på stresshåndtering, og der blev givet psykoedukation i første session, hvorefter samtaleforløbene ikke forløb standardiseret, men tilpasset den enkeltes situation. En ud af fire tog imod tilbud om møder med arbejdsgiver. Effektmålingen beror på spørgeskemaoplysninger indhentet før lodtrækning, efter den fire måneder lange intervention og efter ti måneder, men der anvendes også registerbaserede data (DREAM). Udfaldsmål for det mentale helbred og varigheden af sygefraværet benyttes. Analyserne blev foretaget efter intention-to-treat-princippet. For så vidt angår det mentale helbred, så viser resultaterne at der hurtigere opnås positive behandlingseffekter i interventionsgruppen, men kontrolgruppen indhenter til dels forspringet over tid. Ved 10. opfølgningsmåned er der dog stadigvæk en signifikant positiv behandlingseffekt vedrørende visse af de mentale helbredsmaal. For så vidt angår sygefraværet, så blev der ikke fundet forskelle i sygefraværslængde i mellem de to grupper, hverken i det registerbaserede eller spørgeskemabaserede datamateriale.

ID (36): Svensk lodtrækningsforsøg finder ingen effekt af bl.a. kognitiv terapi blandt sygemeldte. Forsøget, der foregik i perioden 2012-14, tester om kognitiv adfærdsterapi eller en tilbage-til-arbejde-intervention hver især, eller kombineret, har nogen effekt på, om deltagerne vender tilbage til beskæftigelse. (1) Terapien afhænger af den underliggende diagnose, da den følger en evidensbaseret protokol for den specifikke tilstand, og længden varierer mellem 8 og 20 uger med ugentlige sessioner. (2) Tilbage-til-arbejde-interventionen bestod af fire moduler som foregik i 10 sessioner over 20 uger. Første modul havde fokus på identifikation af årsager og barrierer for tilbagevenden, mens andet modul fokuserer på at informere deltageren om muligheder inden for sygesikringsordningen, da sygemeldte ofte har svært ved at overskue deres situation og deres muligheder. Det tredje modul fokuserer på planlægning af tilbagevenden til arbejde i samarbejde med arbejdsgiver, læge og jobcenteret. Sidste modul fokuserer på implementering og opfølgning på planen. Forsøget omfatter 211 personer, der blev udvalgt ud af 1.518 personer, som var henvist fra deres læge og vurderet. Eksklusionskriterier var, at den primære diagnose ikke tilhørte de almindelige mentale lidelser, at personen ikke var sygemeldt, at diagnosen var svær eller ustabil, misbrug mv. De udvalgte blev inddelt i tre interventionsgrupper af nogenlunde samme størrelse ved lodtrækning. Primært følges der op på data for sygefravær i 12 måneder, som blev indhentet fra administrative registre, sekundært på forskellige mentale helbredsrelaterede indekser via spørgeskema. Et år efter lodtrækning var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne målt på antallet af dage med sygefravær, omend personerne i tilbage-til-arbejde-interventionen (2) klarede sig bedst med kun 124 dages sygefravær mod 133 i kombinationsgruppen og 147 i terapi-gruppen (1). Dog var alle behandlinger effektive i forhold til at reducere symptomer målt fra lodtrækningsstartspunktet til 12-måneders opfølgningen, omend terapi-interventionen gjorde det hurtigst.

ID (37): Hollandsk lodtrækningsforsøg, der ikke finder nogen effekt af en evidensbaseret indsats blandt sygemeldte. I Holland er systemet indrettet sådan, at udstedelsen af en sygemelding sker hos en arbejdsmediciner, mens den praktiserende læge står for behandlingen, der ofte blot er en henvisning til en speciallæge såfremt, der er mistanke om mentale lidelser. Denne procedure kritiseres for at have for lidt fokus på tilbagevenden til arbejdet. Forsøget går derfor ud på *så vidt muligt* at fastholde patienten i behandling hos den praktiserende læge eller arbejdsmedicineren, hvorimod kontrolgruppen *kan* henvises til psykolog. Det viser sig, at 82 % af kontrolgruppen henvises, mens det er tilfældet hos 38 % af indsatsgruppen. Retningslinjerne for behandlingen i interventionsgruppen omfatter bl.a. kognitiv adfærdsterapi, arbejdsgiverinvolvering samt gradvis tilbagevenden til arbejde. Sidstnævnte afspejles fx i analyseresultaterne, der viser, at interventionsgruppen i højere grad benytter en deltidssygemelding – dvs. gradvis tilbagevenden til arbejde – end kontrolgruppen (69 % mod 54 %). Kontrolgruppen får den konventionelle behandling i regi af en psykolog. Selve implementeringen af retningslinjerne er ikke dokumenteret i artiklen, hvorfor der ikke er nærmere information omkring den faktiske indsats. Rekrutteringen til forsøget skete blandt politifolk i perioden 2002-5 med en opfølgningsperiode på et år. I alt 489 ansatte registrerede sig som sygemeldte med mentale helbredsproblemer i perioden, hvoraf 240 blev inkluderet i undersøgelsen – heraf 125 i indsatsgruppen og 115 i kontrolgruppen. Eksklusionskriterier er ikke oplyst i artiklen. Opfølgningsdata er baseret på en spørgeskemaundersøgelse efter et år, hvor

80 % svarer. Analysen udføres efter intention-to-treat-princippet, men resultatet viser, at varigheden til fuld beskæftigelse ikke er signifikant forskellig i de to grupper: Medianvarigheden 105 dage i indsatsgruppen mod 104 dage i kontrolgruppen. En subgruppeanalyse viser, at der kan være små positive effekter af interventionen for personer ansat i kontorjobs eller ansatte med milde stress-relaterede symptomer.

ID (38): Hollandsk lodtrækningsforsøg, hvor sygemeldte med svære mentale helbredsproblemer tilbydes supplement til de sædvanlige behandlingstilbud. Tilbuddet er 18 sessioner med beskæftigelsesorienteret terapi, som bl.a. omfatter udvikling af nye strategier til håndtering af udfordringer. Indholdet af terapien er kun kortfattet beskrevet i artiklen, men den omfatter 9 individuelle sessioner og 8 gruppesessioner samt et møde med arbejdsgiveren. Det er et krav, at patienten skal arbejde mindst to timer pr. uge i gennem terapiforløbet, bl.a. for at den nye læring kan afprøves i praksis. Varigheden af interventionen er ikke oplyst, men antallet af sessioner taget i betragtning formodes indsatsen at strække sig over flere måneder. Deltagerne er udvalgt (2007-9) gennem en screeningprocedure og rekrutteres via arbejdsmedicinere, som udsteder sygemeldinger i Holland. Som nævnt skal deltagerene være diagnosticeret med en svær depression, som har stået på i mindst tre måneder, eller de skal have været sygefraværende i 8 uger. I tillæg skal forhold på arbejdspladsen spille en væsentlig rolle i sygdomsbilledet. Personer med psykoser, bipolar lidelse, misbrugsproblemer eller hospitalsindlagte udelukkes. Der følges op på en række forhold – herunder sygefravær og varighed til hel eller delvis tilbagevenden til arbejde – via spørgeskema efter 6, 12 og 18 måneder. I alt deltager 117 personer i forsøget, hvoraf 78 personer modtaget den udvidede indsats – deltagerantallet er bestemt ud fra en styrkeberegning. Resultaterne viser, at begge grupper oplever en gradvis tilbagevenden til arbejdet over opfølgningsperioden, men der er ingen signifikante forskelle grupperne imellem – heller ikke målt på antallet af timers sygefravær. I alt vender 92 % (89 %) delvist tilbage til arbejdet efter 18 måneder, mens 66 % (56 %) vender helt tilbage til arbejdet i indsatsgruppen (kontrolgruppen). Regressionsanalyser, hvor der kontrolleres for observerede baggrundskarakteristika, viser heller ingen signifikante forskelle. Forfatterne angiver, at manglende styrke samt en kort opfølgningsperiode kan være årsagen til fraværet af signifikante resultater.

ID (39): Hollandsk lodtrækningsforsøg, hvor sygemeldte med en alvorlig depression får tilbudt et såkaldt "collaborative care"-forløb, der indebærer en struktureret og koordineret indsats fra en uddannet terapeut. Baggrunden er den specielle opbygning af systemet i Holland, hvor sygemeldingen udstedes af en arbejdsmedicinere, mens selve behandlingen foretages i den øvrige sundhedssektor, hvilket, ifølge forfatterne, medfører et manglende fokus på patientens tilbagevenden til arbejde. Indsatsen sker sideløbende med den sædvanlige indsats, og formålet er at styrke den sygemeldtes evne til problemløsning og selvhjælp samt en dialog med arbejdspladsen, hvor barrierer identificeres, og der lægges en plan for tilbagevenden til arbejde. Indsatsen forløber over 6 til 12 sessioner. Resultaterne i denne artikel vedrører 12-måneders evalueringen af forsøget. Rekrutteringen foregår blandt personer med 4-12 ugers sygefraværet, og som ved en screening viser sig at score relativt højt på en valideret depressionsskala. Eksklusionskriterierne omfatter psykose eller selvmordstanker, sproglige vanskeligheder og personer, der er involveret i juridiske konflikter med arbejdsgiveren. Rekrutteringen foregår over 22 måneder (det oplyses ikke hvornår) og godt 14.000 personer inviteres til screening, hvoraf godt 11.500 ikke svarer på henvendelsen eller nægter deltagelse. Af de personer, der screenes, scorer 52,5 % positivt for en depression. Heraf ekskluderes en stor del pga. forskellige forhold – fx at depressionen ikke er "svær", for langt sygefravær, tilbagevendt til arbejde mv. I alt deltager 139 personer i lodtrækningen, hvoraf 69 allokeres til interventionsgruppen. Der anvendes både registerdata og spørgeskemadata, hvor bortfaldet er højt – godt 41 % – men ikke signifikant forskelligt i indsats- og kontrolgruppen. Der følges op på varigheden, indtil personen er vendt fuldt tilbage til arbejdet. Resultaterne viser, at knap 65 % i indsatsgruppen vender tilbage efter 1 år, mens det gælder 59 % i kontrolgruppen. Den gennemsnitlige varighed er 190 dage i indsatsgruppen mod 210 dage i kontrolgruppen. De registrerede forskelle er imidlertid ikke statistisk signifikante, hverken i de bivariate eller multivariate analyser, der foretages efter intention-to-treat-princippet. Resultaterne fra en treatment-on-the-treated-analyse (per protokol) viser heller ingen signifikant sammenhæng. Mulige forklaringer på resultatet kan være, at studiet arbejder med en for lille stikprøve på trods af, at de indledende styrkeberegninger har vist, at antallet af deltagere skulle være tilstrækkeligt under en række antagelser. Et andet forhold kan skyldes en utilfredsstillende implementering af indsatsen, der bl.a. har været præget af ventetider på opstart af indsatsen.

ID (40): Dansk kvasi-lodtrækningsforsøg, som overraskende finder negative konsekvenser af en multidisciplinær indsats blandt sygemeldte. Indsatsen foregik i perioden 2008-9 og var rettet mod modtagere af sygedagpenge med 4-12 ugers anciennitet med mentale helbredsproblemer – enten affektive, nervøse eller stress-relaterede tilstande. Interventionen består af en screening, hvor et multidisciplinært team bestående af en fysioterapeut, en psykolog, en sagsbehandler og en arbejdsmedicinere, hvor funktionsniveau, barrierer og ressourcer identificeres i forhold tilbagevenden til arbejde. Efterfølgende lægges en individuel handlingsplan, som fx indeholder forslag til aktiviteter såsom kursus i stresshåndtering eller kontakt med arbejdspladsen. Målgruppen omfatter omkring 1/5 nyledige, hvilket er en udvidelse i forhold til den planlagte målgruppe. Allokeringen er sket ved, at sygedagpengemodtagere, der har haft møde med deres sagsbehandler enten mandag eller tirsdag, er blevet henvist til indsatsen, mens øvrige personer er henvist til kontrolgruppen, som modtager den sædvanlige indsats. Implementering og opfølgning på planen sker løbende over de følgende 12 uger. Der følges op på de 88 personer i interventionsgruppen og de 80 personer i kontrolgruppen i op til to år både via registerdata (DREAM) og spørgeskema. Det primære udfaldsmål er dels status for selvforsørgelse efter to år og dels gentagne tilfælde af sygedagpenge i opfølgningsperioden. Analyserne viser, at interventionsgruppen har en højere forekomst af gentagne tilfælde af sygedagpengeforløb i opfølgningsperioden, omend forskellen ikke er statistisk signifikant – samtidig er kun 52 % selvforsørgende i indsatsgruppen

efter to år, mod 69 % i kontrolgruppen. Sidstnævnte resultat er statistisk signifikant og ændres ikke, såfremt stikprøven reduceres til den selekterede gruppe, der også har besvaret spørgeskema ved sidste opfølgning (68 % besvarelse).

ID (41): Dansk kvasi-lodtrækningsforsøg med en multidisciplinær indsats blandt sygemeldte, der ikke finder signifikante resultater. Indsatsen foregår i regi af et jobcenter, og målgruppen er nyligt sygemeldte med mentale helbredsproblemer i perioden 2010-11. Indsatsgruppen, der i tillæg til den sædvanlige opfølgning modtager en multidisciplinær helbredsbehandling, omfatter 83 personer. Det multidisciplinære hold består af en sagsbehandler, en psykiater med erfaring inden for området og en job-coach fra jobcenteret. Helbredsbehandling, der finder sted mellem første og anden samtale i jobcenteret, og de foreslåede aktiviteter foregår sideløbende med den sædvanlige indsats i jobcenteret. De tilknyttede aktiviteter kan både være arbejdsmarkedsrettede og rettet mod personens helbred. Allokeringen sker ikke efter en lodtrækning, men på baggrund af, om personens fødselsår er lige eller ulige. Kontrolgruppen er på 99 personer. Deltagerne er primært kvinder. Udfaldsmålene er varigheden af sygedagpengeforløbet og varighed til personer er tilbage i job. Førstnævnte måles via jobcenterets data og sidstnævnte via DREAM. Den maksimale opfølgningsperiode er godt to år, mens den mindste er knap et år. Der findes ingen signifikant effekter på nogen af de to udfaldsmål.

ID (42): Svensk forsøg, hvor sygemeldte med stress deltager i en multidisciplinær indsats, der ikke viser sig at have signifikante effekter generelt. Programmet omfattede en udredning foretaget af et multidisciplinært team, interview med den sygemeldtes supervisor på arbejdspladsen samt dialog mellem den sygemeldte og arbejdspladsen. Der foreligger ingen oplysninger om varigheden eller intensiteten af indsatsen, der foregår i perioden 2003-6. Målgruppen udvælges efter en styrkeberegning og omfatter 74 hel- eller deltidssygemeldte med stress eller udbrændthed, der blev rekrutteret fra jobcenteret. Deltagerne matches *en-til-en* med lignende personer, der også var blevet inviteret til deltagelse, men havde afslået uden nogen specifik grund. Kontrolgruppen fik intet tilbud, men blev fulgt via registerdata, for så vidt at de gav samtykke hertil. VIVE vurderer, at udvælgelsesproceduren og kravet om samtykke medfører en forøget risiko for bias i dette studie. Der følges op i 130 uger, og det primære udfaldsmål er, om personen er vendt tilbage til arbejde defineret som minimum 25 % beskæftigelse i en given uge. Overordnet viser resultaterne, at godt 82 % af indsatsgruppen var tilbage i job efter 130 uger mod knap 78 % af kontrolgruppen. Forskellen er imidlertid ikke statistisk signifikant. Der udføres en undergruppe-analyse for hhv. personer over og under 45 år, som ikke viser nogen signifikant forskel mellem indsats og kontroller i den ældre gruppe. Blandt de yngre er 89 % tilbage i job i indsatsgruppen mod 70 % i kontrolgruppen, hvilket er statistisk signifikant på et 10 %-niveau.

ID (43): Svensk lodtrækningsforsøg, der overraskende finder negative resultater i forbindelse med en multidisciplinær indsats for sygemeldte. Indsatsen foregår i perioden 2007-9, hvor 18 personer modtager en tidlig multidisciplinær indsats forestået af en fysioterapeut, psykoterapeut eller en arbejdsmiljøterapeut, mens 15 personer modtager den sædvanlige indsats. Rekrutteringen er foregået blandt personer, som har besøgt deres praktiserende læge for at få en hel eller deltidssygemelding pga. mentale helbredsproblemer eller muskel-skelet-lidelser. Lægen inviterede personerne til at deltage i forsøget, efter at sygemeldingen var givet – umiddelbart herefter skete lodtrækningen. Hver af de tre faggrupper udførte en udredning hhv. af muskel-skelet-systemet, af den psykosociale situation i hjemmet og på jobbet samt af den sygemeldtes generelle arbejdskapacitet. Hvis udredningen identificerede problemer, som krævede specialistbehandling, blev den sygemeldte henvist. Udredningerne fandt sted hurtigt efter lodtrækningen. Der udføres en styrkeberegning men man rekrutterer ikke det ønskede antal deltagere (64 forudsættes; 58 inviteret til deltagelse; 36 giver tilsagn; 3 falder fra i løbet af opfølgningsperioden). Udfaldsmål er andelen af personer, der stadigvæk er sygemeldte tre måneder efter lodtrækningen samt det akkumulerede antal sygedage over tre måneder. Resultaterne viser, at andelen af sygemeldte er knap 40 % i interventionsgruppen mod kun 20 % i kontrolgruppen. Forskellen er dog ikke signifikant. For så vidt angår antallet af sygedage, er gennemsnittet 58 dage i interventionsgruppen mod 36 i kontrolgruppen, hvilket er signifikant på et 5 %-niveau.

ID (44) og (45): Hollandsk lodtrækningsforsøg med en dialogbaseret indsats mellem sygemeldte og deres arbejdsgiver, som finder nogle signifikante effekter. Målgruppen er ansatte, der er sygemeldt med stress i perioden 2006-8. Interventionen beror på samarbejde mellem arbejdsgiver og ansat om tilbagevenden til arbejde og en faciliterende koordinator, der ved tre møder identificerer hhv. hindringer for medarbejder (1) og arbejdsgiver (2) samt løsninger (3). Faktisk implementering af løsninger for tilbagevenden blev evalueret mellem koordinator, medarbejder og arbejdsgiver ved et sidste opfølgende møde efter en måned. Medarbejderne er ansatte ved et universitet, et sygehus og en industrivirksomhed. Udvalgelsen sker via screening blandt alle medarbejdere med sygefravær på længere end en uge. I alt udvælges til stikprøven 145 personer med symptomer på stress, som ikke har verserende konflikter med arbejdsgiver, ikke er deltidsansatte, gravide eller har tidligere længerevarende sygdomsperioder mv. På baggrund af en styrkeberegning udvælges 73 personer tilfældigt til interventionen, mens 72 personer modtager den sædvanlige behandling. Der stratificeres på arbejdsplads og efter, om sygemeldingen er fuld eller deltid. Deltagerne er primært mænd i slutningen af fyrrerne. Der følges op på sygefravær via registerdata i 12 måneder samt via spørgeskema efter 3, 6 og 12 måneder efter baseline. Det primære udfaldsmål er, om personen vender varigt tilbage til arbejdspladsen. Sekundære udfaldsmål er subjektive mål for stress. Resultaterne viser, at personerne i indsatsgruppen har en kortere medianvarighed af sygefravær, indtil de er tilbage på arbejde, sammenlignet med kontrolgruppen (55 mod 120 dage), såfremt medarbejderne i udgangspunktet tilkendegiver, at de er villige til at vende tilbage til arbejde på trods af symptomerne. Hvis det ikke er tilfældet, er medianvarigheden længere i indsatsgruppen end i kontrolgruppen (141 mod 97 dage). I førstnævnte gruppe var hazard-raten blandt indsatsgruppen dobbelt så høj som i kontrolgruppen (konfidensinterval mellem 1,22 og 3,45). Blandt medarbejdere, der ikke var parate til at vende tilbage på trods af symptomer, var hazard-raten kun 0,78

og ikke statistisk signifikant forskellig fra kontrolgruppen. I et separat papir (45) udføres en økonomisk evaluering, hvor det ikke anbefales at udfolde implementeringen af projektet i større skala, da det ikke er økonomisk rentabelt.

ID (46): Klynge-lodtrækningsforsøg i Holland, hvor arbejdsmedicinere allokeres tilfældigt til at give sygemeldte patienter med mentale helbreds-lidelser en tillægsbehandling, hvor patienten gradvist udsættes for mere stressende situationer, hvilket skal ruste dem til og øve dem i at vende tilbage til arbejdet hurtigere. Behandlingen formodes at være mere effektiv for personer, der lider af angst. Indsatsen er ikke beskrevet i detaljer i artiklen, og det fremgår ikke, hvor intensiv den er, eller hvor lang tid den strækker sig over. Deltagerne rekrutteres via de arbejdsmedicinske klinikker og omfatter sygemeldte i 2-8 uger med almindelige mentale lidelser, som kan være stress- eller tilpasningsrelaterede lidelser, angst eller depression. Ansatte med somatiske lidelser eller sproglige problemer ekskluderes. Der følges op i 12 måneder via spørgeskema på varigheden indtil stabil tilbagevenden til arbejde. Rekrutteringen foregår i 2006. På baggrund af tidligere erfaringer forventes der at skulle inkluderes 60 arbejdsmedicinere og knap 200 patienter, for at man kan påvise signifikante resultater. Der inkluderes 56 arbejdsmedicinere, hvoraf 35 tilbyder den relevante terapi til 75 patienter. De øvrige arbejdsmedicinere tilbyder sædvanlig guideline-baseret behandling til 85 patienter. Analysen udføres efter intention-to-treat-princippet. Resultaterne viser, at mediantiden til fuld tilbagevenden til arbejde er signifikant forskellig i de to grupper, hvor indsatsgruppen typisk er 209 dage om at vende tilbage, er varigheden blot 153 dage i kontrolgruppen. Hazardraten er 0,55 gange lavere i indsatsgruppen. Eftersom lodtrækningen forgår på klyngeniveau af arbejdsmedicineren, og han/hun i sagens natur ikke kan "blindes", så kan det ikke udelukkes, at der introduceres bias i kraft af, at arbejdsmedicineren kan vælge at henvise nul patienter. Forfatterne fremfører, at der er tegn på den type adfærd, men de forsøger at tage højde for det.

ID (47): Tysk forsøg med gradvis tilbagevenden efter længere sygefravær, hvor arbejdsopgaver og timetal tilpasses medarbejderens tilstand. Målgruppen er ansatte, der er sygefraværende pga. kroniske mentale helbredsproblemer, hvor sygefraværet har varet længere end 6 uger, som har deltaget i et rehabiliteringsforløb, og som er berettigede til en gradvis tilbagevenden. I dette studie udnyttes det forhold, at visiteringsprocessen ikke er deterministisk, hvorfor der vil være nogle personer, der ikke bliver visiteret til ordningen, selvom de faktisk er berettigede til at deltage. En undersøgelse har i den forbindelse vist, at de personer der visiteres, til indsatsen typisk er lidt yngre, oftere er ansat i større virksomheder, og har en lavere risiko for ikke at vende tilbage til arbejdspladsen. Berettigelse til indsatsen bestemmes af de rehabiliterende team på baggrund af en multidisciplinær vurdering af personens arbejdsevne. Personer visiteres kun til gradvis tilbagevenden, såfremt både læge, sygemeldte og arbejdsgiver er enige. Det vil sige, at kontrolgruppen fx kan bestå af personer, hvor arbejdsgiveren og den sygemeldte ikke er enige om mulighederne for at vende tilbage. I alt kontaktes godt 34.000 personer, hvoraf 14.335 besvarer baseline-spørgeskemaet. Heraf besvarer knap 78 % det opfølgende spørgeskema efter 15 måneder, hvor godt 3.000 personer er sygemeldte med kroniske mentale lidelser og 1.062 er berettigede til en gradvis tilbagevenden. Blandt disse har 508 personer deltaget i indsatsen, mens 554 var berettigede, men ikke blev visiteret. Propensity score-matching (én-til-én uden tilbagelægning) udføres på baggrund af 27 baggrundsvARIABLE, men for 127 personer i indsatsgruppen, som havde en høj propensity for at deltage, kunne der ikke findes et godt sammenligningsgrundlag, selvom der anvendes en meget bred kaliper på 0,41. Analysen udføres på baggrund af 381 personer, der har modtaget indsatsen, og 381 matchede kontroller. Efterfølgende udføres en logistisk regression. Standardfejlen justeres ikke for den ekstra usikkerhed, der kommer fra matchingproceduren. Der følges op på selvrapporterede udfaldsmål via spørgeskema efter 15 måneder – både andelen, der er vendt tilbage til arbejdet, og antallet af sygefraværdsdage i opfølgningsperioden. 88 % tilkendegiver, at de er tilbage i job efter 15 måneder i den matchede interventionsgruppe, mod 73 % i kontrolgruppen. Sygefraværet over de 15 måneder var i gennemsnit 6 uger højere i den matchede kontrolgruppe. Undergruppeanalyse viser højere RTW-effekt for dem, der i udgangspunktet ikke havde gode udsigter for at vende tilbage til arbejdet efter rehabilitering.

ID (48): Dansk lodtrækningsforsøg af en multidisciplinær eller en kort indsats blandt sygemeldte med muskel-skelet-lidelser, der ikke finder nogen effekt. Forsøget kører i perioden 2009-14 for hel- eller deltidssygemeldte (4-16 uger) med smerter i nakke, skulder eller øvre ryg. Rekruttering foregår via alment praktiserende læger, fysioterapeuter eller kiropraktorer, mens indsatsen foregår i regi af en ryklinikken på et hospital. Eksklusionskriterier omfatter: planlagte eller tidligere operationer for problem, misbrug, graviditet, alvorlige lidelser. I alt screenes 328 personer, hvoraf 168 inkluderes og følges i et år. På baggrund af en styrkeberegning og efter indledende screening udvælges 85 personer ved lodtrækning til den multidisciplinære intervention, mens 83 personer udvælges til den korte intervention. Ved baseline gennemgår begge grupper en klinisk udredning. Deltagere i den multidisciplinære indsats fik tildelt en koordinator, som stod for kommunikationen mellem de forskellige interessenter i indsatsen. Ved første møde mellem deltager og koordinator blev der lagt en plan for rehabilitering. Efterfølgende mødes sygemeldte og sagsbehandler ved behov, men sagsbehandleren diskuterer sagen på interne konferencer med deltagelse af forskellige specialister (socialmedicinere, arbejdsmiljøterapeut, reumatolog, fysioterapeut, psykolog). I 19 tilfælde blev der afholdt rundbordssamtaler, hvor arbejdsgiver var involveret. Indsatsen fortsatte, så længe personen var på sygedagpenge. Alle deltagere fik foretaget en klinisk undersøgelse samt en MR-scanning. Resultaterne blev forelagt den sygemeldte ved en opfølgende samtale efter tre til seks uger. Ved samtalen blev patienten beroliget om, at normale daglige aktiviteter og arbejde ikke ville være skadeligt, samt informeret om de gavnlige effekter ved motion. Det primære udfaldsmål er varigheden, indtil personen vender tilbage til arbejde, defineret som første tilfælde af fire på hinanden følgende ugers selvforsørgelse (via DREAM). Ved etårs-opfølgningen var 59 % tilbage i arbejde i den multidisciplinære interventionsgruppe mod 58 % i den korte interventionsgruppe. Analysen finder ingen signifikante forskelle i afgangsraterne fra sygedagpenge

mellem de to grupper. For så vidt angår de sekundære udfaldsmål, som indhentes via spørgeskema, findes heller ingen signifikante forskelle.

ID (49): Dansk lodtrækningsforsøg, der finder positive resultater ved en multidisciplinær indsats for sygemeldte med muskelskelet smerter. Indsatsen består af en indledende screening foretaget af et multidisciplinært team med deltagelse af en arbejdsmediciner, en fysioterapeut, en kiropraktor, en psykolog og en sagsbehandler. Der afholdes individuelle samtaler mellem den sygemeldte og hver enkelt specialist (4 samtaler af 2,5 time). På baggrund af samtalerne udarbejdes en handlingsplan, der følges op og tilpasses løbende. Sidstnævnte dynamiske tilpasning af handlingsplanen til nye erfaringer er ifølge forfatterne unikt for dette studie. Handlingsplanen deles med jobcenteret og med den sygemeldtes praktiserende læge. Hele forløbet strækker sig maksimalt over 3 måneder. På baggrund af en styrkeberegning udtrækkes 68 sygemeldte med muskelskelet-smerter tilfældigt til interventionen, mens 51 sygemeldte modtager den sædvanlige indsats. De sygemeldte rekrutteres via almen praksis i perioden 2004-5 og må højst have været sygemeldte i 4-12 uger. Eksklusionsårsager er bl.a. misbrug, mentale helbredsproblemer, arbejdsløshed og graviditet. Udfaldsmålene er det samlede antal sygefraværstimer i opfølgingsperioden samt beskæftigelsesstatus. Sekundært følges op på en række smerte- og funktionsrelaterede mål. Der anvendes registerdata samt spørgeskemaoplysninger, som indsamles ved baseline og efter 3, 6 og 12 måneder. Endelig foretages en samfundsøkonomisk cost-benefit-analyse. VIVE bemærker, at spørgeskemabortfaldet er højere i kontrolgruppen ved etårs-opfølgningen end i interventionsgruppen, men dette påvirker ikke de registerbaserede udfaldsmål. Analyseresultaterne viser, at det registerbaserede antal timers sygefravær er signifikant lavere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Således er fraværet i gennemsnit på 657 timer i interventionsgruppen, set over hele året, mod 997 timer i kontrolgruppen. Efter 1 år var 78 % tilbage i job i interventionsgruppen mod 62 % i kontrolgruppen. De nævnte forskelle er dog ikke justeret for eventuelle ubalancer i observerede forskelle mellem grupperne ved baseline. Fx er kønsfordelingen mere jævn i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, hvor der er flest kvinder, ligesom kontrolgruppen på flere andre områder virker marginalt mere udsat – omend forskellene ikke er statistisk signifikante. Cost-benefit-analysen viser en samfundsøkonomisk besparelse efter 12 måneder på knap 59.000 danske kroner pr. deltager (2006 priser).

ID (50): Hollandsk lodtrækningsforsøg for hel- og deltidssygemeldte medarbejdere i 2-6 uger med uspecifikke lænderygsmerter. Interventionen består af en ergonomisk vurdering og tilretning af arbejdspladsen samt rundbordssamtaler. Konkret blev der nedsat en gruppe, som minimum inkluderede en ergoterapeut, den sygemeldte og lederen. Efter ergoterapeutens arbejdspladsvurdering blev barrierer diskuteret og prioriteret på et møde mellem interessenterne. Endeligt var der kommunikation mellem arbejdsmediciner og den alment praktiserende læge angående eventuelle konflikter i deres råd til den sygemeldte. Denne sidste del er vigtig, da systemet er sådan indrettet i Holland, at arbejdsmedicineren står for udskrivning af sygemeldinger og planlægningen af tilbagevenden til arbejdspladsen, mens den alment praktiserende læge forestår den egentlige behandling. Personer, der stadigvæk var sygemeldte efter otte uger, blev tilbudt endnu en intervention efter en ny lodtrækning. Denne intervention var individuelt tilrettelagt fysisk træning med lav intensitet forestået af en fysioterapeut to gange ugentligt a en time med et loft på 26 sessioner. Eksklusionskriterier var bl.a. graviditet, mentale eller kardiovaskulære helbredsproblemer, juridiske konflikter med arbejdsgiver og tidligere episoder med lænderyg-sygemeldinger inden for en måned. I alt blev 243 medarbejdere henvist til forsøget via arbejdsmedicineren, hvoraf 196 ikke blev ekskluderet. Dette antal er netop tilstrækkeligt til at identificere en forskel på 20-30 % i andelen, der vender tilbage til arbejde i de to forsøg. Heraf blev 96 personer tilfældigt udvalgt til interventionen, mens 100 personer fik de sædvanlige tilbud. Efter otte uger var der stadigvæk 112 sygemeldte personer i forsøget. Disse blev igen randomiseret til den anden intervention, hvoraf 55 personer fik interventionen, mens 57 personer udgjorde kontrolgruppen. Bemærk, at knap halvdelen i begge de nye grupper tidligere har fået den første intervention. Rekrutteringen foregik i perioden 2000-2002. Udfaldsmålet var varigheden indtil fuld genoptagelse af arbejdet over 12 måneder, og analysen er udført efter intention-to-treat-princippet. På baggrund af registerdata viser univariate resultater, at det i gennemsnit tager 77 dage, før en sygemeldt er tilbage på arbejde, hvis vedkommende har modtaget arbejdspladsinterventionen, mens det tager 104 dage, hvis vedkommende var i kontrolgruppen. Forskellen er statistisk signifikant. Ligeledes viser multivariate analyser, hvor der kontrolleres for forskelle i baggrundskarakteristika ved baseline, at afgangsraten for at vende tilbage til arbejdet er 1,7 gange højere i interventionsgruppen. For så vidt angår den anden indsats – træningssessioner – viser den univariate analyse, at varigheden i gennemsnit var 144 dage i interventionsgruppen versus 111 dage i kontrolgruppen. Tilsvarende er punktsandsynligheden 0,4 gange lavere for at vende fuldt tilbage til arbejde i interventionsgruppen. Forskellen er statistisk signifikant. På den baggrund konkluderes det, at de fysiske øvelser efter otte ugers sygemelding ikke kan anbefales – hverken alene eller i kombination med arbejdspladsinterventionen.

ID (51), (52), (53) og (54): Dansk lodtrækningsforsøg, der ikke finder signifikante effekter af beroligende rådgivning og en multidisciplinær indsats blandt sygemeldte med lænderyg-smerter. Forsøget foregår i perioden 2004-8, hvor personer sygemeldt 4-12 uger med lænderyg-smerter henvises til ryklinik via den praktiserende læge og tilbydes en af to interventioner. Arbejdsløse, gravide, ikke-dansktalende, folk med misbrug og personer med planlagte operationer ekskluderes fra undersøgelsen. I alt henvises 535 personer til klinisk undersøgelse, og efter eksklusion udvælges 231 personer tilfældigt til en kort intervention, mens 233 personer udvælges til en multidisciplinær indsats. Den korte intervention består af en klinisk undersøgelse af 2-3 timers varighed fordelt på to sessioner med deltagelse af en læge og en fysioterapeut. På baggrund af resultaterne af undersøgelsen får patienten en betryggende forklaring på smerternes natur samt rådgivning om eventuelle tiltag. Den multidisciplinære indsats omfatter førstnævnte tilbud, men i tillæg også en individuel handlingsplan udarbejdet af et team bestående af bl.a. en socialmediciner, en speciallæge i reumatologi, en fysioterapeut og en sagsbehandler. Der følges op på

handlingsplanen hver anden uge, indtil patienten er tilbage i arbejde. Udfaldsmålet er beskæftigelsesstatus fra lodtræknings-tidspunktet og fem år frem (52), men i et andet papir udføres også en omkostningsanalyse (51). Resultaterne er baseret på registerdata fra DREAM, hvorfor det kun vedrører sygefraværsløb ud over to ugers varighed. Overordnet viser resultaterne ingen signifikante forskelle mellem de to interventionsgrupper i det gennemsnitlige antal uger pr. år i beskæftigelse eller på forskellige former for offentlig forsørgelse. Akkumuleret over de fem år er andelen af personer med en høj beskæftigelses-frekvens dog større i den gruppe, som har modtaget den korte intervention, sammenlignet med den multidisciplinære indsats. Sidstnævnte kan både skyldes fastholdelse, som følge af den længere intervention, men også at der, på trods af lodtrækningen, er uobserverede forskelle mellem de to grupper. Resultaterne (51) viser også, at den korte intervention næsten altid er billigere end den multidisciplinære indsats – eneste undtagelser er for en gruppe af udsatte personer, som har høj risiko for at miste deres arbejde. En undergruppeanalyse (53) viser, at deltagere i den multidisciplinære vender hurtigere tilbage til arbejde sammenlignet med den korte intervention, men det gælder kun personer, der i udgangspunktet var utilfredse med deres job.

ID (55): Belgisk lodtrækningsforsøg udført på en målgruppe af lænderyg-sygemeldte i 2008. Der trækkes lod blandt 509 personer, hvoraf 252 personer allokeres til interventionen. Rekrutteringen foregår via almen praksis. Interventionen var designet med henblik på at sikre en hurtig tilbagevenden til arbejdet, og den består af en informationsbrochure, hvor myter omkring lænderygsmerter adresseres. Bl.a. fremføres det, at der ikke er tale om en alvorlig sygdom, at passivitet og angst eller anspændthed kan øge stivhed og smerter, samt at halvdelen af personerne med lænderyg-smerter er tilbage på arbejde efter seks uger. Der følges op i 3 og 12 måneder via registerdata på andelen, der vender fuldt tilbage til arbejde, og varigheden indtil denne tilbagevenden. Resultaterne viser, at godt 8 % i kontrolgruppen ikke var tilbage i job efter 12 måneder, mens andelen kun var knap 4 % i interventionsgruppen. Forskellen var statistisk signifikant ($p=0,03$). Et tilsvarende mønster findes efter tre måneder, hvor forskellen dog ikke er statistisk signifikant ($p=0,11$). Varigheden af sygedagpengeperioden er i gennemsnit 12 dage kortere i interventionsgruppen, om end forskellen ikke er signifikant ($p=0,16$).

ID (56) og (57): Dansk lodtrækningsforsøg, der ikke finder nogen effekt af indsatser med bevægelse og gruppesamtaler blandt sygemeldte med muskel-skelet-smerter. Forsøget kørte i perioden 2011-13 i Sønderborg med 141 sygemeldte med muskel-skelet-smerter (skulder, arm, hånd, ryg, nakke) fordelt på to interventionsgrupper og en kontrolgruppe. Dele af forsøget har også været afprøvet på personer, der ikke var sygemeldte (3). Samtlige deltagere fik 1,5 times individuel sundhedsvejledning fra en uddannet supervisor, mens den ene interventionsgruppe i tillæg blev tilbudt gruppebaseret fitness og styrketræning med supervision af fysioterapeuter a 50 minutter, tre gange ugentligt over 10 uger. Den anden interventionsgruppe fik tilbudt deltagelse i en ugentlig workshop a 2,5 time over 6 uger under ledelse af en facilitator, der selv havde haft kroniske smerter. Emnerne omfattede bl.a. teknikker til at håndtere smerter eller træthed, og målet var at styrke deltagernes selvtillid, helbredsbevidsthed og fysiske aktivitetsniveau. På baggrund af en styrkeberegning blev 47 personer tilfældigt udtrukket til hver gruppe. Rekrutteringen skete via jobcenteret, og eksklusionskriterier var bl.a. tilstedeværelse af andre alvorlige sygdomme, hofteproblemer eller nylige operationer, men ikke tidligere sygemeldinger eller ledighed (1/3 var ledige og 1/2 havde tidligere været sygemeldte med samme problemer). Opfølgningsperioden var på 11 måneder, og udfaldsmål var, om personen stadigvæk var sygemeldt, og varigheden af sygefraværperioden. Analysen viser, at andelen af deltagere, der var tilbage i job efter 11 måneder i indsatsgrupperne, ikke var signifikant forskellig fra kontrolgruppen i nogen af interventionerne. Der var heller ingen signifikante forskelle for så vidt angår varigheden af sygedagpengeforløbet. I et tidligere papir (57) udføres en evaluering af forsøget tre måneder efter lodtrækningen, hvor det konkluderes, at interventionen med fitness og styrketræning ser ud til at få deltagerne hurtigere tilbage i job, men denne effekt forsvinder ved 11-måneders-opfølgningen.

ID (58): Svensk lodtrækningsforsøg udført blandt (primært) sygemeldte med lænderyg-smerter i perioden 1994-98 (publiceret 2007), som blev henvist til forsøget via almen praksis. Den primære indsats er "manuel terapi", som er en fællesbetegnelse for behandling af ryglidelser, hvor behandleren bruger sine hænder og udfører specifikke teknikker. I alt blev 316 personer henvist, mens 160 blev inkluderet. Eksklusionskriterier var bl.a. kroniske rygsmerter, arbejdsløshed, misbrug, graviditet, eller andre sociale eller medicinske problemer. Lodtrækningen allokerede personerne i fire grupper af 35 til 47 personer, som fik tilbudt forskellige former for terapi, der både kunne være individuelt og gruppebaseret. Alle grupper fik aktivitetsbaseret terapi, der omfattede fysiske bevægelsesøvelser og varmebehandling udført af ortopædkirurger og fysioterapeuter. Én gruppe fik kun dette tilbud, mens en anden gruppe også fik tilbudt muskel-strækøvelser. Disse to grupper udgør referencegruppen. De to øvrige grupper fik begge referenceindsatser samt manuel terapi. I tillæg fik den ene gruppe også steroid-indsprøjtninger. Behandlingen udførtes af fysioterapeuter og varede i ti uger. Der følges op på registerbaseret sygefravær og varigheden, indtil patienten er tilbage i job, i op til to år. Resultaterne viser ingen signifikante forskelle grupperne imellem ved toårs-opfølgningen for hverken sygefravær eller varighed, indtil patienten er tilbage i job, men forfatterne henviser til et tidligere studie, der ikke er inkluderet i nærværende rapport, hvor de demonstrer positive effekter på blødere udfaldsmål såsom smerter og funktionsevne.

ID (59): Finsk lodtrækningsforsøg, hvor 63 sygemeldte med muskel-skelet-lidelser er tilfældigt udvalgt til to grupper: kontrolgruppen, hvor sygemeldingen er foregået normalt, eller interventionsgruppen (32 personer), hvor de ansatte fik tilbudt en deltidssygemelding. Rekrutteringen er foregået på deltagende virksomheder i perioden 2006-9. I alt er 120 personer indledningsvist fundet egnede til at deltage i forsøget, hvoraf knap halvdelen er ekskluderet ved en efterfølgende screening, da

deres tilstand ikke var egentlig en deltidssygemelding. Eksklusionskriterierne omfatter personer, hvor der er planlagt operationer, personer med tidligere sygdomme pga. samme problem inden for de seneste måneder, personer med stærke smerter, mentale lidelser eller personer, som har været ude for en ulykke. Når disse eksklusionskriterier er anderledes end de typiske i litteraturen, så hænger det selvfølgelig sammen med de specielle omstændigheder, der er forbundet med en deltidssygemelding. Endvidere lider personer af muskel-skelet-smerter i nakke, skulder, ryg eller øvre eller nedre ekstremiteter, fx lænderyggen, og tilstanden skal være svær nok til at retfærdiggøre en fuldtidssygemelding, men hvor personen samtidig besidder en vis arbejdskapacitet. Resultaterne, der er baseret på registerdata, viser, at tiden, indtil personen er stabilt tilbage på arbejdet, reduceres for interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Således er medianvarigheden 12 dage versus 20 dage i favør af interventionsgruppen. I en multivariat regressionsanalyse er hazardraten 1,76 gange højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Begge resultater er statistisk signifikante.

ID (60): Norsk lodtrækningsforsøg, der fandt sted mellem 2000 og 2004, hvor sygemeldte (8-12 uger) fik tilbudt deltagelse i et standardiseret fysisk øvelsesprogram på en ryklinik. Omfanget af interventionen var én time, tre gange ugentligt i otte uger. I alt blev 531 personer henvist til klinikken af egen læge, men gennem tre screeninger, der forløb over flere, blev 285 personer ekskluderet. De primære eksklusionsårsager var, at sygefraværet ikke havde været mellem 8 og 12 uger, at vedkommende var vendt tilbage til arbejdet eller forventedes at vende tilbage til arbejdet efter kort tid, tidligere rygbesvær, graviditet, sprogsvækkelse, kronisk sygdom eller nægtet deltagelse. Der følges op på sygefravær i to år på baggrund af registerdata. Kontrolgruppen er også i behandling på ryklinikken, men modtager ikke tilbud om fysisk træning. Indsatsgruppen består af 124 personer, mens der er 122 personer i kontrolgruppen – der foretages en styrkeberegning som viser at dette antal er tilstrækkeligt. Der findes ingen signifikante forskelle mellem de to grupper for hverken sygefravær, smerte, medicinbrug eller øvrige mål for personernes mentale eller somatiske helbredstilstand.

ID (61): Svensk registerbaseret evaluering af fremrykkede møder med den sygefraværende, der er foregået ved kvasi-lodtrækning, men som ikke finder nogen signifikante effekter på varigheden af sygefraværet. Møderne er dels et tidligt møde mellem den sygemeldte og sagsbehandleren og dels et senere møde, hvor der forventningsafstemmes i forhold til planer for tilbagevenden til arbejde. Møderne eksisterede i forvejen, og kontrolgruppen deltog således også, men indsatsgruppen får en prioriteret og fremrykket indsats. Møderne har både et støttende og kontrollerende sigte. Deltagerne er personer, som ultimo 2007 har henvendt sig i forbindelse med udbetaling af dagpenge ved en sygdom. Heraf udvælges personer, som vurderes at have behov for en aktiv indsats, efter deres fødselsdato. Personer med lige fødselsdatoer udvælges til et tidligt første møde, mens personer med ulige fødselsdatoer får samme møde, men det sker senere. Personer, som er født i lige måneder, inviteres ligeledes tidligere til et opfølgende møde. I alt 15.228 personer og 7.362 personer prioriteres i de to grupper. Selvom der er tale om en kvasi-lodtrækning, viser en statistisk sammenligning med totalpopulationen, at allokeringen kun giver anledning til mindre bekymringer, der kan adresseres i analyserne. En undersøgelse af forskellen i timingen af "behandlingen" mellem indsats- og kontrolgruppen viser også, at særligt de personer, der udvælges til prioriteret første møde, faktisk også modtager tilbuddet tidligere. De opfølgende data måler på det akkumulerede sygefravær indtil primo 2009, dvs. med godt 1 års opfølgning. Resultaterne viser ingen signifikante forskelle i sygefraværet for nogen af indsatserne.

ID (62): Dansk lodtrækningsforsøg fra 2010-12, hvor indsatsen bestod i en ændring af kommunernes tilbud til sygedagpengemodtagere. Indsatsen var en del af en national tilbage-til-arbejde (TTA) program, der var iværksat af regeringen med henblik på at reducere sygefraværet og øge arbejdsmarkedstilknytningen blandt sygedagpengemodtagere. Indsatsen blev gennemført i 21 danske kommuner og varede fra april 2010 til marts 2012. Indsatsen bestod af tre kerneelementer, der skulle ændre den måde, jobcentre arbejdede på: (1) oprettelse af tværfaglige teams bestående af kommunale sagsbehandlere, læger og personer, der arbejder med rehabilitering, fx fysioterapeuter og psykologer; (2) udarbejdelse af en standardiseret arbejdsnevurdering og faste arbejds gange i de tværfaglige teams, fx ugentlige møder; og (3) videreuddannelse af deltagerne på de tværfaglige teams. De tværfaglige teams var ansvarlige for at planlægge og gennemføre aktiviteter med henblik på at få den sygemeldte tilbage i arbejde, såsom kontakt med arbejdspladsen, delvis raskmelding eller kurser i stress- eller smertehåndtering. De sygemeldte i kontrolgruppen fik sædvanlig sagsbehandling. Tre kommuner, der alle havde flere forskellige geografisk spredte jobcentre og tilstrækkeligt store populationer til, at der kunne udtrækkes indsats- og kontrolgrupper af en passende størrelse, blev udvalgt til at deltage i lodtrækningsforsøget. I hver af de tre deltagende kommuner, var der jobcentre, som tilbød hhv. TTA-indsatsen og sædvanlig behandling. Kvalificerede sygedagpenge blev således tilfældigt allokert til et jobcenter i deres kommune, som tilbød enten TTA-indsatsen eller sædvanlig sagsbehandling. Studiets målgruppe bestod af 3.105 sygedagpengemodtagere, der alle var blevet placeret i kategori 2 (sandsynligvis ikke tilbage på arbejdsmarkedet inden for tre måneder, men i stand til at deltage i TTA-indsatser) af deres sagsbehandler ved udgangen af den ottende uges sygefravær. Studiets udfaldsmål er registerbaseret selvforsørgelse. Der er anvendt en Cox proportional hazards-model til at estimere hazardraten, der viser forskelle på indsats- og kontrolgruppen med hensyn til overgang til selvforsørgelse. Resultaterne viser, at indsatsens effekt på varighed til selvforsørgelse varierer mellem de tre deltagende kommuner. I en kommune blev personer i indsatsgruppen selvforsørgende hurtigere end dem i kontrolgruppen, i en anden kommune blev personer i indsatsgruppen selvforsørgende langsommere end dem i kontrolgruppen, og i en tredje kommune var der ingen signifikant forskel på varigheden til selvforsørgelse for de to grupper. Forfatterne konkluderer derfor, at studiets resultater ikke kan generaliseres til andre danske kommuner.



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD