

Resumé og sammenfatning af
Hvidbog om mentalt helbred,
sygefravær og tilbagevenden
til arbejde



DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER FOR ARBEJDSMILJØ



Resumé og sammenfatning af Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

Vilhelm Borg
Mette Andersen Nexø
Ida Viktoria Kolte
Malene Friis Andersen

I samarbejde med en ekspertgruppe

Resumé og sammenfatning af Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde

© Arbejdstilsynet
Landskronagade 33
2100 København Ø

© Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)

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

I samarbejde med en ekspertgruppe

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

Forsidefoto: Colourbox
Layout: Rumfang
Tryk: Rekart Offset

København 2010

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

Indhold

Forord	5
Ekspertgruppens medlemmer.....	6
Læsevejledning.....	7
Resumé	9
Sammenfatning	13
Baggrund og problemstilling.....	13
Anbefalinger.....	15
Spørgsmål som besvares i hvidbogen	21
Litteratursøgning og evidensniveauer	23
Sammenfatning af den forskningsbaserede viden	24
Kapitel 1. Prævalens	24
Kapitel 2. Arbejdsevne	26
Kapitel 3. Arbejdsmiljø.....	28
Kapitel 4. Forebyggelse af mentale helbredsproblemer	29
Kapitel 5. TTA-interventioner	31
Kapitel 6. Faktorer og aktører i TTA-processen.....	34
Kapitel 7. Danske TTA-indsatser	35
Diskussion af TTA-interventioner.....	39
Behov for mere viden/ forskning	42
Efterskrift.....	46

Forord

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

Forskere fra NFA har således gennemgået den danske og internationale forskningslitteratur om de faktorer, der betinger, at personer med mentale helbredsproblemer sygemeldes eller forbliver på arbejdet og om de faktorer, der betinger hurtig tilbagevenden til arbejdet efter langvarigt sygefravær på grund af psykiske helbredsproblemer. Resultaterne er samlet i 'Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde', som også vil indeholde nærværende resumé og sammenfatning af hvidbogen, som udgives separat.

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

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

*Direktør Palle Ørbæk
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*

Ekspertgruppens medlemmer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Læsevejledning

I nærværende resumé og sammenfatning af Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde opsummeres hvidbogens indhold på følgende måde:

Resumé

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

Sammenfatning

Sammenfatningen indeholder først en kort beskrivelse af baggrunden for og problemstillingerne i hvidbogen.

Herefter gengives de ni anbefalinger om indsatser over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer, som hvidbogens forfattere er nået frem til på grundlag af evidensen og indikationerne fra litteraturgennemgangen.

Så gives en oversigt over de syv spørgsmål, som besvares i hvidbogen, samt over de anvendte kriterier for niveauer af evidens.

Hvert af hvidbogens kapitler gennemgås, således at kapitlets indhold kort opsummeres, hvorefter der i punktform redegøres for hvilken evidens, der er for konklusionerne.

Til sidst diskuteres det, hvilke elementer der er vigtige for at gøre interventioner med henblik på at få personer med mentale helbredsproblemer tilbage i arbejdet (TTA-interventioner) effektive.

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

Referencerne er ikke medtaget i sammenfatningen, men kan findes i deres fulde længde i hvidbogen.

Resumé

Baggrund

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

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

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

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

I hvidbogen gennemgås systematisk den nyeste danske og internationale, videnskabelige litteratur og – hvor nødvendigt – anden faglitteratur i bestræbelserne på at opfylde kommissoriet. På baggrund heraf opstiller hvidbogen ni anbefalinger om tilbagevenden til arbejde og arbejdsfastholdelse af personer med mentale helbredsproblemer. Konklusionerne og anbefalingerne gennemgås kort i det følgende.

Konklusioner

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

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

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

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

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

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

På baggrund af konklusionerne gives der ni anbefalinger.

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

1. Tidlig opsporing og behandling.

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

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

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

3. Modifikation af arbejdsopgaver.

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

4. Koordineret indsats ved inddragelse af relevante aktører.

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

5. Vejledning og samarbejde.

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

6. Social reintegration på arbejdspladsen.

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

7. Virksomhedspolitik om sygefravær og tilbagevenden til arbejde generelt.

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

8. Skabelse af en god kultur på arbejdspladsen.

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

9. Indsatser på arbejdspladsen.

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

Sammenfatning

Baggrund og problemstilling

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

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

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

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

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

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

Anbefalinger

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

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

Anbefalingerne er inddelt efter to forskellige indsatsområder på arbejdspladsen:

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

Anbefalinger vedrørende TTA-indsatsen efter en sygemelding

1. Tidlig opsporing og behandling

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

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

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

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

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

- *Kognitive funktioner.* Kognitive funktioner omhandler de tankeprocesser, der er involveret i bl.a. opmærksomhed, koncentration, og problemløsning. Der kan være tale om midlertidig nedsættelse af opmærksomhed og koncentration, som kan vanskeliggøre medarbejderens evne til fx at lave mange opgaver på én gang og få et tilstrækkeligt overblik over mange informationer. Der kan også være tale om vanskeligheder med at planlægge og gennemføre opgaver.
- *Sociale funktioner.* Socialt samvær kan opleves krævende, når man har mentale helbredsproblemer. Der kan være problemer med at håndtere komplicerede sociale relationer. Det betyder, at et job med mange og skiftende samarbejdsrelationer kan være særligt belastende for personer med mentale helbredsproblemer.
- *Initiativ og energi.* Sænket energiniveau og manglende initiativ er normale følgevirkninger af mentale helbredsproblemer. Dette er sjældent udtryk for modvilje mod arbejdsopgaver, men derimod ofte et udtryk for et behov for at få tilpasset kravene i en periode. I takt med, at funktionsevnen genvindes, kan kravene opjusteres.

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

3. Koordineret indsats ved inddragelse af relevante aktører

Det anbefales, at alle relevante aktører inddrages, når en medarbejder med mentale helbredsproblemer skal tilbage til arbejde efter en sygemelding. I samråd med den sygemeldte og med udgangspunkt i den sygemeldtes situation bør de relevante indsatser koordineres, så de indgår i en samlet tilbage-til-arbejde-plan. Herved tilgodeses både behandlings- og arbejdsmæssige behov. Det anbefales, at en fagperson med viden om arbejdsmiljø og arbejds-

markedet varetager koordinationen. Arbejdspladsen bør inddrages så tidligt som muligt af koordinatoren, når TTA-forløbet planlægges.

4. Modifikation af arbejdsopgaver

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

Arbejdsmodifikationer kan anvendes i tre situationer:

1. Medarbejderen forbliver i arbejde på trods af mentale helbredsproblemer: I denne situation kan arbejdsmodifikationer være med til at forebygge et langvarigt sygefravær.
2. Medarbejderen vender tilbage til arbejde efter kort tids sygefravær: I dette tilfælde kan arbejdsmodifikationer fremme en tidligere tilbagevenden og være med til at forebygge gentagne sygemeldinger.
3. Medarbejderen er vendt tilbage til arbejde efter langvarig sygemelding: I tiden efter medarbejderen er vendt tilbage, er opgaven for virksomheden og medarbejderen at gøre arbejdsfastholdelsen vedvarende. Der kan derfor være behov for arbejdsmodifikationer i en periode efter raskmelding.

5. Vejledning og samarbejde

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

måske frygtes. Vejledning og hjælp til håndteringen af disse udfordringer er oftest nødvendigt, for at genoptagelsen af arbejdet bliver varig.

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

6. Social reintegration på arbejdspladsen

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

Generelle anbefalinger vedrørende forebyggelse af sygefravær på arbejdspladsen

7. Virksomhedspolitik om sygefravær og tilbagevenden til arbejde generelt

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

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

8. Skabelse af en god kultur på arbejdspladsen

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

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

Det anbefales, at medarbejdere, ledere og tillidsrepræsentanter modtager information om mentale helbredsproblemer. Denne information skal øge deres viden med henblik på at møde og støtte medarbejderen med mentale helbredsproblemer bedst muligt, så denne kan fastholde arbejdet og undgå langtidssygefravær. Endvidere anbefales det, at ledere uddannes i at modificere arbejdsopgaver og støtte medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

Der bør formidles viden om:

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

- *Arbejdsmiljø og udvikling af mentale helbredsproblemer:* Medarbejdere med mentale helbredsproblemer kan være ekstra modtagelige over for positive såvel som negative arbejdsmiljøpåvirkninger.

9. Forebyggende indsatser på arbejdspladsen

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

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

Spørgsmål som besvares i hvidbogen

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

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

Kapitel 2. Arbejdsevne. Hvorledes påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Litteratursøgning og evidensniveauer

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

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

Tabel S.1. Anvendte kriterier for niveauer af evidens

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

Sammenfatning af den forskningsbaserede viden

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

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

Evidens

Generelt om mentale helbredsproblemer

- Der foreligger endnu ikke et tilstrækkeligt, videnskabeligt grundlag for et pålideligt skøn over den samlede prævalens af alle mentale helbredsproblemer i Danmark
- I de udenlandske undersøgelser er der stor variation i andelen af befolkningen, der har mentale helbredsproblemer, hvilket til dels kan forklares med forskelle i undersøgelsesmetoder. Andelen med mentale helbredsproblemer ligger i de lande, som ligner Danmark mest (de europæiske lande), skønsmæssigt mellem 12 og 27 % af den voksne befolkning, som har mindst én mental lidelse inden for en periode på ét år. De hyppigste mentale helbredsproblemer er: (1) depression, som har en skønsmæssig prævalens på omtrent 7 %, (2) angsttilstande med en skønsmæssig prævalens på mellem 6 og 12 % og (3) somatoforme lidelser med en prævalens på omtrent 6 %. Betydelige andele heraf har comorbide tilstande.
- Det er personer med de mest alvorlige lidelser, som oftest kommer i behandling. Der er imidlertid stærk evidens for, at kun omtrent halvdelen af personer med alvorlige mentale lidelser modtager behandling i de vestlige lande, og det formodes, at en endnu mindre andel har modtaget en behandling i overensstemmelse med etablerede guidelines for effektiv behandling.
- Der er moderat evidens for, at en stor del af de personer, der modtager behandling for mentale helbredsproblemer, ikke opfylder de diagnostiske kriterier og dermed ikke har en egentlig psykisk lidelse. Der er indikation for, at de ressourcer, der er til rådighed til behandling af mentale helbredsproblemer, ikke dækker de personer, der har de mest alvorlige problemer og det største behov.

- Der er stærk evidens for, at underbehandlingen især rammer unge, unge uden uddannelse og personer uden arbejde. Mænd har større risiko end kvinder for at blive underbehandlet, og risikoen er større, jo yngre manden er.

Om depression

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

Om stress

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

Om comorbiditet

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

Om somatoforme lidelser, belastningsforstyrrelser, angst, udbrændthed, PTSD

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

Kapitel 2. Arbejdsevne. Hvordan påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen?

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

Evidens vedr. arbejdsevne

Generelt om mentale helbredsproblemer

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

Om comorbiditet

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

Om depression og angst

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

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

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

Evidens vedr. sygefravær og førtidigt arbejdsophør

Om alle mentale helbredsproblemer

- Der er stærk evidens for, at kvinder har hyppigere sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer end mænd. Der er indikation for, at mænd har lidt længere sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer end kvinder.
- Der er indikation for, at arbejdsbelastninger i form af høje krav, lav jobkontrol og manglende social støtte medfører en forøget risiko for sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.
- Der er moderat evidens for, at kombinationen mellem arbejds- og familiemæssige belastninger medfører en forøget risiko for sygefravær på grund af mentale helbredsproblemer.
- Der er stærk evidens for, at mentale helbredsproblemer forøger risikoen for langvarigt sygefravær, og der er indikation for, at der er en stigende hyppighed af sygefravær begrundet i mentale helbredsproblemer.
- Der er indikation for, at mentale helbredsproblemer over tid spiller en stigende rolle for førtidigt arbejdsophør (ved tilkendelse af førtidspension).
- Der er stærk evidens for, at personer med mentale helbredsproblemer, der får tilkendt førtidspension, i dag er yngre end tidligere. Blandt yngre personer er andelen, der får tilkendt førtidspension på grund af mentale diagnoser, større end blandt ældre.
- Der er stærk evidens for, at personer med længere sygefravær har forøget risiko for førtidigt arbejdsophør. Der er dog ikke tilstrækkelig viden om, hvorvidt langvarigt sygemeldte med mentale helbredsproblemer hyppigere får tilkendt førtidspension end langvarigt sygemeldte med somatiske sygdomme.
- Der er indikation for, at tilkendelse af førtidspension medfører forringelse af det mentale helbred.

- De samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer estimeres i denne hvidbog til 55 mia. kr. pr. år (2008-niveau).
- Der er stærk evidens for, at de arbejdsrelaterede indirekte omkostninger af mentale helbredsproblemer i form af nedsat produktivitet, sygefravær og førtidigt arbejdsophør har et ganske betydeligt omfang, der langt overstiger de direkte omkostninger til behandling af mentale helbredsproblemer.

Om depression

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

Om depression og comorbiditet

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

Om depression, søvnvanskeligheder og træthed

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

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

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

Kapitel 3. Arbejds miljø. Hvordan påvirker arbejdet mentale helbredsproblemer?

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

Evidens

Om alle mentale helbredsproblemer

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

Om depression

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

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

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

reducere sygefravær og forbedre arbejdsfastholdelse. Det er således vigtigt at tilbyde viden om, hvordan arbejdspladsen i praksis kan bidrage til at forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer.

Evidens for forebyggelse foretaget på arbejdspladser

Om stress management

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

Om sundhedsfremme

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

Om forbedring af arbejdsmiljø

- Der er indikation for, at mentale helbredsproblemer kan forebygges gennem interventioner, som går ud på at forbedre arbejdsmiljøet generelt. Der er indikation for, at de interventioner, der medfører udvidelse af medarbejdernes kontrol over eget arbejde, forbedring af den sociale støtte, og som ikke samtidig fører til forøgede arbejdskrav, kan medføre en vis forbedring af det mentale helbred.

Evidens for forebyggelse i andet regi end arbejdspladsen

Om psykologiske interventioner og depression

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

- Der er indikation for, at interpersonel terapi er mere effektiv end kognitiv behandling og andre undersøgte former for psykoterapi, og at behandling i grupper er mere effektiv end individuel behandling i forhold til at forebygge depression.

Om universel forebyggelse og depression

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

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

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

Evidens for behandlingsindsatseres effekt

Om interventioner, der koordinerer behandlingsindsatsen

- Der er stærk evidens for, at koordinerede og sammensatte interventioner, der har til formål at forbedre behandlingen af angst og depression, har en effekt på arbejdsfastholdelsen (5-15 procentpoint), når der sammenlignes med sædvanlig behandling.
- Der er indikation for, at koordinerede og sammensatte interventioner kan nedsætte sygefraværet (3-9 procentpoint) og forbedre arbejds- evnen (6 pro-

centpoint), når der sammenlignes med sædvanlig behandling. Arbejdsevnen er defineret som selvrapporeret produktivitet.

- Der er stærk evidens for, at koordinerende og sammensatte indsatser forbedrer den mentale helbredstilstand, når der sammenlignes med kontrolgruppen.

Om enkeltstrengede psykologiske interventioner

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

Om enkeltstrengede arbejdsmedicinske interventioner

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

Om organisatoriske interventioner

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

Evidens for TTA-interventioner for sygemeldte

Om sammensatte og koordinerede interventioner

- Der er indikation for, at TTA-interventioner gennemført af fagpersoner med ekspertise inden for arbejdsmiljø og arbejdsmarkedsforhold med fokus på både person- og arbejdsrelaterede faktorer reducerer sygefraværslængden hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Inddragelse af professionelle med viden inden for arbejdsmiljø og arbejdsmarkedet har den fordel, at arbejdsrelaterede belastninger og stress-reaktioner på arbejdspladsen direkte kan adresseres og håndteres. Der er ikke evidens for, at de mentale helbredsproblemer bliver forværret eller forbedret som følge af interventionen, når der sammenlignes med sædvanlig behandling.
- Der er indikation for, at effekten af TTA-interventioner kun har effekt på varig tilbagevenden til arbejde hos de medarbejdere, der ved sygemeldingen har til hensigt at vende tilbage til arbejde igen før fuldstændig symptomletelse.

Om enkeltstrengede psykologiske interventioner

- Der er ikke evidens for, at TTA-interventioner, der fokuserer på den sygemeldtes kognition og håndteringsstrategier og kun i beskedent omfang

adresserer arbejdsrelaterede forhold, nedbringer sygefraværet hos sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Den manglende effekt kan skyldes det mindre fokus på tilbagevenden til arbejde og arbejdsrelaterede forhold. Der er indikation for, at interventionerne kan forbedre symptomerne sammenlignet med sædvanlig behandling.

- Der er ikke evidens for, at informerende/ minimale TTA-interventioner kan forkorte sygefraværet.
- Der er ikke evidens for, at korte samtalesessioner med den praktiserende læge reducerer sygefraværet.

Generelle bemærkninger

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

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

Der er ligheder i forhold til:

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

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

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

Om effekt af TTA-interventioner

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

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

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

Evidens

Om fremmende og hæmmende faktorer hos den sygemeldte

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

Om fremmende og hæmmende faktorer på arbejdspladsen

- Der er indikation for, at afskedigelse af medarbejdere, manglende politikker for stresshåndtering og for tilbagevenden til arbejde, manglende kendskab til mentale helbredsproblemer hos ledelse og kolleger, fordomme og diskrimination over for personer med mentale helbredsproblemer hæmmer tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær.

- Der er indikation for, at muligheder for modifikation af arbejdet, god ledelseskvalitet, social støtte og et godt psykisk arbejdsmiljø fremmer tilbagevenden til arbejde.
- Der er indikation for, at medarbejdere med mentale helbredsproblemer relativt hyppigt har vanskeligt ved at vende tilbage til den arbejdsplads, de arbejdede på før sygdommeldingen, men ofte vender tilbage til arbejde hos en anden arbejdsgiver.

Om fremmende og hæmmende faktorer i sundhedssystemet

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

Om fremmende og hæmmende faktorer i det sociale system

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

Om koordinering imellem de fire primære aktører

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

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

Der er endnu kun publiceret få undersøgelser i videnskabelige tidsskrifter om danske TTA-indsatser, der har undersøgt effekt på sygefravær og arbejdsfastholdelse for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Disse undersøgelser er ikke tilstrækkelige i antal og design til, at man kan sammenfatte nogen sikker evidens. De enkelte undersøgelser, der er publiceret i

videnskabelige tidsskrifter, er derfor gennemgået sammen med undersøgelser fra gråzonelitteraturen. Hermed sammenfattes, hvad der karakteriserer TTA-indsatsen i Danmark, og hvorvidt viden fra udenlandske studier kan bruges i en dansk kontekst.

Best practice

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

Best practice for TTA-indsatser med sygemeldte

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

Best practice for implementering af TTA-indsatser med sygemeldte

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

Kendetegn ved den danske TTA-indsats

Indsatser

- De fleste TTA-indsatser er foretaget i kommunalt regi med støtte fra forskningsfonde. De fleste TTA-indsatser har en praktisk tilgang udsprunget af behovet for erfaringsbaseret viden.

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

Dokumentation af indsatser

- Indsatserne er typisk beskrevet i interne rapporter og referater, som ikke er udarbejdet med det formål at blive publiceret i videnskabelig sammenhæng.
- Kun få af disse TTA-indsatser har så tilfredsstillende projektbeskrivelser, forskningsdesign og evalueringer, at der kan konkluderes noget sikkert om effekten af interventionerne på sygefraværet og arbejdsfastholdelsen.
- Erfaringer fra danske TTA-interventioner er for det meste udokumenterede og derfor svært tilgængelige for andre, der gerne vil foretage lignende interventioner.

Forslag til forbedringer af dokumentationen af indsatsen

- Bedre design af indsatserne (så vidt muligt med brug af kontrol- eller referencegrupper og gerne randomiserede kontrollerede design).

- Kommuner bør have rådgivning og vejledning til evaluering allerede ved projektudformningen fx i samarbejde med forskningsinstitutioner.
- Der bør gøres mere brug af kvantitative effektevalueringer, og der bør ske opfølgning minimum et år efter indsatsens afslutning.
- Det anbefales, at der udarbejdes en standard for, hvordan indsatserne evalueres, og der anbefales et større samarbejde med praktikere og forskningsinstitutioner.

Diskussion af TTA-interventioner

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

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

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

- Forebyggelse af opståen, genopståen og forværring af mentale helbredsproblemer.
- Forebyggelse af reduktion af arbejdsevnen for personer med mentale helbredsproblemer.
- Forebyggelse af langtidssygefravær.
- Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet af personer, der er langtidssygemeldte.

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

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

Da mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde er et relativt nyt forskningsområde, findes der ikke færdigt udviklede interventionsformer med dokumenteret effekt. Udforskningen af interventionernes effekt befinder sig klart i en udviklingsfase. Som beskrevet i hvidbogens kapitel 4 og 5 er

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

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

nogle af de afprøvede interventioner effektive i forhold til nogle af de ønskede resultater, mens der for andre ikke er påvist nogen effekt. I en sådan situation må man ud fra det samlede billede af effektive og ikke-effektive interventioner analysere, hvilke komponenter der bidrager til at opnå de ønskede resultater. I de tilfælde, hvor man observerer en manglende effekt af en intervention, er der enten tale om (1) en implementeringsfejl, dvs. at interventionen ikke er blevet gennemført efter intentionen, eller (2) en ineffektiv metode, der ikke er tilstrækkelig til at skabe ændringer, der fører til de ønskede resultater.

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

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

For det første kan man spørge om, hvilke komponenter i interventionen der gør den effektiv. Man kan skelne mellem faktorer, der er fælles for flere forskellige interventionsformer, fx gode samarbejdsrelationer mellem den sygemeldte og de aktører, der har et ansvar i relation til TTA-processen, og specifikke faktorer forbundet med specifikke interventionskomponenter, fx bestemte ændringer i arbejdsopgaverne ved tilbagevenden til arbejde.

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

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

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

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

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

Der er hidtil kun i meget begrænset omfang foretaget analyser af omkostningseffektiviteten af de interventionstyper, som hvidbogen beskæftiger sig med. Vi har ikke foretaget review af de studier, der findes, da der er for få, og da de er for forskellige. Her skal kun nævnes ét studie, hvor der i forbindelse med effektevalueringen er foretaget en økonomisk evaluering (Van Oostrom et al. 2010⁴). Dette studie viste ikke nogen samlet effekt af arbejdsmodifikation for hele interventionsgruppen, men der blev fundet en effekt for den gruppe af medarbejdere, der fra starten havde til hensigt at vende tilbage til arbejde før fuldstændig symptomlættelse. En cost-benefit-analyse for denne subgruppe viste en økonomisk gevinst ved interventionen.

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

Behov for mere viden/forskning

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

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

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

Betydning af behandling for arbejdsmarkedstilknnytning og arbejdsmarkedstilknnytningens betydning for prognosen

Nogle undersøgelser tyder på, at et relativt stort antal personer i arbejde har et potentielt behandlingskrævende mentalt helbredsproblem, der ikke er diagnosticeret og forbliver ubehandlet. Disse personer fungerer generelt dårligere i arbejdet. Der mangler viden om, i hvor høj grad utilstrækkelig eller slet ingen behandling af disse personer på længere sigt fører til langvarigt sygefravær, mere permanent funktionsnedsættelse og arbejdsophør. På nogle områder er behandlingsindsatsen i dag så sparsom, at den næsten er ikke-eksisterende (fx funktionelle/somatoforme tilstande), hvorfor det må formodes, at selv en beskedent øgning af behandlingsindsatsen vil kunne medføre en betydelig forbedring af de ramte personers arbejdsmarkedstilknnytning.

Praktiske erfaringer tyder på, at tilknnytningen til arbejdsmarkedet kan medvirke til, at personer med mentale helbredsproblemer hurtigere genvinder

funktionsevnen, men der mangler mere sikker viden om sammenhængen mellem arbejdspladstilknytningen og prognosen for mentale helbredsproblemer. Herunder mangler der viden om, hvordan gradvis tilbagevenden til arbejde sammenlignet med langvarigt sygefravær påvirker den sygemeldtes mentale helbred og funktionsevne over længere tid, og hvordan førtidigt arbejdsophør (fx førtidspension) påvirker det mentale helbred og funktionsevnen.

Virksomhedernes praktiske forebyggelse af sygefravær for personer med mentale helbredsproblemer

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

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

Der er behov for mere viden om, hvad der i praksis virker og hvorfor. Der er behov for viden om, i hvor høj grad sygefravær og arbejdsophør som følge af mentale helbredsproblemer kan forebygges ved hjælp af interventioner rettet mod forbedring af det psykiske arbejdsmiljø, fx ved øget indflydelse og social støtte, øget vægt på anerkendelse og forbedret ledelseskvalitet. Ingen af de interventionsstudier, der er gennemgået i hvidbogen, omfatter målinger af mentale helbredseffekter, der kan vurderes i forhold til diagnose af mentale helbredsproblemer. Der er behov for viden om, i hvilken udstrækning den forbedring i generel trivsel og mentalt helbred, der kan opnås gennem interventioner på arbejdspladsen, tillige kan forebygge udviklingen af mentale

helbredsproblemer og dermed forebygge langvarigt sygefravær og arbejdsophør.

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

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

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

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

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

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

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

Efterskrift

Arbejdet med denne hvidbog har været som en spændende opdagelsesrejse. Jeg vil gerne takke alle, der har bidraget til, at rejsen gik så godt, som den gjorde, og at vi sikrede mange vigtige resultater.

I særlig grad vil jeg takke forskningsassistenterne i projektgruppen Mette Andersen Nexø, Malene Friis Andersen og Ida Viktoria Kolte, der på en engageret måde har deltaget i indsamling, beskrivelse og fortolkning af den viden, vi har fundet på vores rejse.

Den faglige ekspertgruppe har på yderst kompetent og frugtbar vis bidraget ved at diskutere den indsamlede viden og holdbarheden i de fortolkninger, vi drog på vores færd. Det er sket på fem faglige møder i løbet af det år, vi arbejdede med projektet.

Tak til specialkonsulent i NFA's direktionssekretariat Steffen Hyldborg Jensen, som har bidraget både som administrativ leder med at samle de mange aktiviteter og med sproglig revision af hele hvidbogen for at sikre, at budskaberne kom til at stå klartest muligt. Endvidere har specialkonsulent Hanna Sigga Madslund og kommunikationsmedarbejder Kirsten Rydahl bidraget med henholdsvis sproglig revision og layout af tabeller i hvidbogen.

Og tak til professor Jakob B. Bjørner, direktør Palle Ørbæk og forskningsdirektør Otto Melchior Poulsen for deres bidrag til diskussionen af sammenfatningen og anbefalingerne.

Alle de nævnte har ydet et bidrag til at sikre, at resultaterne fra vores opdagelsesrejse blev klart beskrevet og holdbare. Det er dog alene projektgruppen, der har ansvaret for den endelige udformning. Vi håber, at vi med denne hvidbog har bidraget til at skabe et grundlag, som de forskellige aktører kan anvende til at realisere det store forbedringspotentiale, der findes i indsatsen for medarbejdere med mentale helbredsproblemer.

*Vilhelm Borg
Projektleder og seniorforsker
Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*

