

INDUCAS

- Et screeningsværktøj til sygemeldte



COHERE

COMEBACK
– vejen frem





INDUCAS

- Et screeningsværktøj til sygemeldte

Rapporten er udarbejdet af:

John Singhammer, PhD,
MUHECOGR,
Wildanger 17
82375 München,
Deutschland
Tel: 0+49 151 14223331
Email: muhecogr@gmail.com

COME-BACK

Godthåbsvej 5
4293 Dianalund
(+45) 22 17 21 44
kontakt@come-back.dk
CVR: 30520106

COMEBACK
– vejen frem





INDHOLDSFORTEGNELSE

06 FORORD

07 BIDRAGSYDERE

08 1.0 BAGGRUND

1.1 Omfang og udgifter til sygemeldingerne

1.2 Håndtering af sygemeldte

1.3 Formål

2.0 HVAD ER INDUCAS?

2.1 INDUCAS som det unikke produkt

2.2 Visionen med INDUCAS

2.3 Faglig forankring

2.4 Grund søjler

3.0 STATUS OG FREMTIDSPERSPEKTIVER FOR INDUCAS

4.0 STATISTISKE OVERVEJELSER

4.1 Generelle overvejelser

4.2 Frekvensanalyse

4.3 Metodisk fremgangsmåde

4.4 Prædiktiv værdi

4.5 Udvælgelse af fokusgrupper

4.6 Udvælgelse af nøgleprædiktorer

5.0 RESULTATER AF SCREENINGEN

5.1 INDUCAS prædiktive egenskaber

5.2 Validering af INDUCAS

5.3 Fokusgrupper

5.4 Bliver sygemeldte hurtigere raske, når sagsbehandlerne anvender INDUCAS?

6.0 IMPLEMENTERING AF INDUCAS

7.0 OPSUMMERING OG AFRUNDING

REFERENCER



FORORD

Sygefravær er en stor udgiftspost og naturligvis et alvorligt problem for de sygemeldte. Derfor må ethvert værktøj, der kan bidrage til en bedre sagsbehandling og måske en reduktion i fraværsperioderne hilses velkommen. INDUCAS fremstår som et spændende og veldokumenteret screeningsværktøj, der understøtter visitationsprocessen ved at identificere behov for en tidlig indsats samt målrette indsatsen, således at sygdomsperioden kan blive kortere.

Det er mig bekendt første gang, at der er udviklet et sådan evidensbåret værktøj. Anvendt rigtigt af sagsbehandlere, har INDUCAS et betydeligt potentiale for at sikre en bedre og mere præcis individuel helhedsorienteret indsats. Hertil kommer, at INDUCAS er et webbaseret system, der kun kræver et link, for at sagsbehandleren kan aktivere udsendelse af spørgeskema til borgeren. Der er således ingen krav til det eksisterende IT-system. Derudover er der tale om så enkelt et system, at selv ikke-IT kyndige kan lære at bruge det på mindre end 30 min – både at aktivere udsendelse samt at åbne de modtagne svar.

Det lyder næsten for godt, men afprøv det selv!

Kjeld Møller Pedersen
Professor, sundhedsøkonomi, SDU

Bidragssydere

En lang række personer har bidraget til udviklingen af INDUCAS. Det er vigtigt for os at sende en tak til dem alle. Det har lige fra begyndelsen været vigtigt for os at inddrage så mange af de primære interessenter som muligt. Vi vil derfor benytte muligheden for at sige tak til en lang række institutioner og enkeltpersoner, som har bidraget direkte til udviklingen af produktet: Tak til SDU, KL, DI, LO, f&p, NFA, SFI, DA, DS, STAR og BM for deres input.

En ekstra stor tak skal sendes til Jobcenterchef Flemming Sommer, Jobcenter Furesø, og Ledende overlæge ved Arbejdsmedicinsk Klinik, Køge Sygehus, Peder Georg Skov. Ligeledes en stor tak til Lektor Jan Toftegaard Støckel, Idræt og Sundhed, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet og Professor Jørgen Trankjær Lauridsen, Center for Sundhedsøkonomisk Forskning, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet. Uden deres bidrag ville produktet ikke have nået samme høje kvalitet. I samme stund skal Cand. Scient.

Idræt og Sundhed, Trine Haldborg Andersen fremhæves for at have gjort et stort arbejde med at støbe det faglige fundament, som INDUCAS er forankret i. Det samme gælder for Cand.Scient.Med. Marie-Claire Grubbe. Også tak til Kjeld Møller Pedersen for at have forfattet forordet til rapporten og for i øvrigt at have givet løbende bidrag til processen. Sidst, men ikke mindst, en stor tak til Direktør Mia Erlund, Favola, Direktør Susan Jankvist, Jankvist&Co, og Direktør Per Mikael Jensen, tidligere CEO for Metro International, for mangeårig sparring.

Derudover skal der naturligvis lyde en stor tak til alle de deltagende jobcentre for at bidrage til afprøvning af INDUCAS og dataindsamlingen som ligger til grund for denne rapport. Særligt sagsbehandlerne i Jobcenter Furesø samt sygedagpengeleder René Kjærsgård skal fremhæves som en vigtig faktor i forhold til at realisere INDUCAS. Endeligt skal lyde en stor tak til alle Come-Back AS nuværende og tidligere medarbejdere, som har bidraget til udviklingen af INDUCAS.

Jobcenter Furesø har været med i udviklingsarbejdet omkring INDUCAS, og har bidraget med viden igennem hele forløbet både hvad angår indhold, afrapportering og funktionalitet. INDUCAS giver de sygemeldte mulighed for en tidlig selvrefleksion på deres uarbejdsdygtighed og generelle sundhedstilstand. Ligeledes forbereder refleksionen den sygemeldte til dialogen med Jobcentrets medarbejdere, og derved sikres en højere kvalitet i forløbet fra start. I den tidlige dialog vil jobcentret og den sygemeldte hurtigt kunne spore sig ind på hvilke handlemuligheder, der understøtter en hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet og hermed arbejdsfastholdelse.

INDUCAS giver efterfølgende kommunen mulighed for at opsamle erfaringer i den tidlige, såvel som længerevarende indsats, aflæse progression direkte hos borgerne og dermed basere udviklingen i indsatserne for de sygemeldte på meget konkrete data.

Centerchef Flemming Sommer
Furesø kommune



1.0 BAGGRUND

INDUCAS blev første gang udviklet i 2008. Nu, i 2017, er INDUCAS blevet til et værktøj, der hjælper sygemeldte tilbage til en erhvervsaktiv tilværelse. INDUCAS er efterhånden afprøvet i 17 kommuner landet over. Der hvor INDUCAS er bedst integreret, fortæller sagsbehandlerne på jobcentre, at de nu hurtigere er i stand til at adressere de udfordringer hos den sygemeldte borger, som forhindrer, at borgerne kommer hurtigt tilbage til arbejdsmarkedet. Med INDUCAS har sagsbehandler og borger sammen fået et redskab, som hjælper til at skabe overblik over borgerens situation, og samtidig viser det, hvor det er vigtigt at sætte ind med tiltag.

I Danmark bliver den del af befolkningen, som er i den erhvervsdygtig alder, ældre, og med stigende alder optræder helbredsproblemer oftere. Derfor forekommer sygemeldinger i alle brancher selv om nogle brancher er hårdere ramt end andre. Årsagerne til sygemelding varierer selsagt fra branche til branche, men faktum er, at antallet af sygemeldinger stiger, og at varigheden af sygemeldinger bliver længere. Med en stadig aldrende befolkning, vil den stigning i sygefravær, vi har set i de senere år, sandsynligvis tiltage i årene, som kommer. Det kalder på en ekstraordinær og helhedsorienteret indsats og frem for alt på innovative værktøjer, som præcist kan identificere de forhold, der står i vejen for, at den sygemeldte kan vende tilbage til en erhvervsaktiv tilværelse. INDUCAS kan afdække disse forhold hos den sygemeldte.

Sagsbehandlerne på jobcentre, som møder de sygemeldte, er uddannet til at skabe overblik over den sygemeldtes situation. Det har de lang erfaring i, men sagsbehandlerne er udfordret af en stor sagsbyrde og begrænset tid til behandling af sager. Det er derfor en stor udfordring at skulle fastholde og systematisere den mængde information, som en sygemeldt borger afgiver i forbindelse med korte samtaler. INDUCAS hjælper sagsbehandleren til at systematisere og strukturere de mange forhold, en sygemeldt er udfordret af. Dermed får sagsbehandleren hurtigere et overblik over den sygemeldtes samlede situation. Det strukturerer og målretter dialogen med den sygemeldte borger og hjælper til med at formulere en præcis indsats, som rettidigt og med omhu vil bringe den sygemeldte tilbage til arbejdsmarkedet. Det virker, fordi tiltagene målrettes de forhold, som udfordrer den sygemeldte mest, og fordi tiltagene har vist sig effektive i en lang række undersøgelser. INDUCAS er udviklet og systematisk afprøvet efter gældende standarder for diagnostiske redskaber. På bag-

grund af besvarelser fra borgere, som har været med i udviklingen, anbefaler INDUCAS forskellige tiltag til indsatser. Disse tiltag er hentet fra international forskning, hvor resultater fra systematiske og rigorøse forsøg udført på tværs af forskellige lande og blandt mennesker fra forskellige brancher samles og omsættes til anbefalinger. Derfor ved vi, at tiltagene virker.

INDUCAS har vist, at inddragelse af forhold, som normalt anses for at høre uden for områder, der kan adresseres af sagsbehandlerne, er helt centrale, for at den sygemeldte kan genoptage arbejdet. Sygemeldte har brug for at mobilisere alle tilgængelige ressourcer for at kunne vende tilbage til et aktivt liv. Ressourcerne skal bl.a. findes i den sygemeldtes nære sociale netværk af familie, venner, naboer, kollegaer samt af de velfærdsydelse, som tilbydes af det offentlige og er kendetegnet ved mere end praktiske håndsrækninger og støtte. I tillæg har flere forsikret sig mod de økonomiske konsekvenser af længerevarende sygemeldinger og aktiverer sin pension, når de husker på det. Ud over et økonomisk supplement, kan pensionselskaber tilbyde at koordinere forskellige tilbud, såvel sundhedstilbud og også i arbejdsmiljøsammenhæng. Frivillige foreninger kan tilbyde opgaver, som netop er tilpasset den sygemeldtes aktuelle kapacitet. Samlet set udgør ressourcerne i en sygemeldt borgers omgivelser et enormt potentiale, som dog fortsat mangler at blive realiseret. Der er brug for, at det offentlige-private-frivillige samarbejde udvikles og styrkes, for det hjælper den sygemeldte til at kunne finde og mobilisere sine ressourcer til at kunne genoptage en aktiv tilværelse.

1.1 Omfang og udgifter til sygemeldingerne

Sygefraværet over 8 uger stiger fortsat blandt danskere i beskæftigelse. I perioden januar til maj 2015 udgjorde antal sygemeldte personer 72.207 fuldtidsstillinger, hvoraf 75% var langtidssygemeldinger over 8 uger. I samme periode for 2017 beløb den samlede tid, hvor personer var sygemeldt, sig til 67.757 fuldtidsstillinger, hvoraf langtidssygefraværet nu udgjorde 80%.¹ Langtidssygefraværet udgør nu 35% af alle sygedage². En opgørelse for hele året viste i 2016 at langtidssygemeldte i visitationsgruppe 2 var sygemeldte i 19,9 uger mens personer i visitationsgruppe 3 (742 personer) var sygemeldte i 26,5 uger³. Eftersom de foreløbige opgørelser for 2017 viser, at langtidssygemeldinger stiger, er der grund til at antage, at den gennemsnitlige varighed af sygemeldingerne for disse to visitationsgrupper vil være større for hele år 2017 sammenlignet med tidligere år.

Udgifterne til sygedagpenge for alle sygemeldte for det offentlige beløb sig i 2015 og 2016 til mere end 11 mia. kr. og til 4,1 mia. kr. for private virksomheder. De offentlige udgifter til langtidssygemeldte beløber sig til 9 mia. kr¹. Udgifterne for januar til maj for 2017 er på 3,7 mia. kr. og er uforandrede i forhold til udgifterne til sygedagpenge for tilsvarende perioder for 2015 og 2016. Alt andet lige vil udgifterne for 2017 sandsynligvis blive af en tilsvarende størrelse som tidligere år, hvis ikke større. Til sammen udgør udgifterne til sygedagpenge over to tredjedele af de samlede kontante ydelser til sygdom og over 10 % af de samlede sociale ydelser til sygdom. Hertil kommer udgifter til private pensions- og forsikringselskaber samt udgifter til behandling og andre tiltag, der sigter mod at bringe borgeren tilbage til arbejdsmarkedet.

Efter indførelsen af sygedagpengereformen i 2009 blev en større del af udgifterne til sygedagpenge betalt fra de kommunale budgetter, hvilket øger belastningen på kommunernes økonomi. Sygemeldte i visitationsgruppe 2 modtager i gennemsnit sygedagpenge i 23 uger (Jan- Maj 2017)⁴. Hvis den gennemsnitlige varighed af sygedagpengeperioden reduceres med 1 uge, vil dette føre til en samlet besparelse i udbetalte sygedagpenge på 1,25 mia. kr. på landsplan, såfremt antallet af sager med udbetalte sygedagpenge er konstant⁴. Hertil kommer besparelser i udgifter til medicin og behandlingstilbud. Kommunerne har altså både et stort menneskeligt og økonomisk incitament til at finde måder til at reducere sygemeldingsperioden og et særligt stort incitament til at reducere forekomsten af langtidssygemeldte.

Også for virksomhederne er der store besparelser at finde på en målrettet reduktion af sygefraværet. I et eksempel fra konsulentfirmaet Willis Towers Watson, som tager udgangspunkt i en virksomhed på 250 ansatte, forventes en besparelse på godt 1 mio. kr. i omkostninger til tabt produktivitet og udgifter til sygedagpenge, hvis sygefraværet pr. medarbejder reduceres med to dage⁵.

For den enkelte kommune, som er en stor arbejdsgiver, kan selv en marginal reduktion i sygefraværet medføre store økonomiske besparelser. En af de kommuner, som har bidraget til dataindsamlingen i denne rapport, har beregnet deres besparelse i forbindelse med implementeringen af INDUCAS. Kommunen har årligt ca. 2000 sygemeldte borgere (kategori 1, 2 og 3) og har allerede opnået en besparelse på 5 mio. kr. om året i udbetalte sygedagpenge, ved at reducere den gennemsnitlige sygemeldingsperiode med 3 uger. Hertil kommer, at der er en nedgang i antallet af sygemeldte borgere pr indbygger i kommunen. I 2012 var 2,3% af arbejdsstyrken i kommunen sygemeldt. For 2016 var det tilsvarende procenttal 1,6⁶.

1.2. Håndtering af sygemeldte

I Danmark indledes den kommunale indsats senest 8 uger efter første sygedag. Arbejdsgiveren kan dog efter 5 uger anmode kommunen om at iværksætte tiltag, hvis det skønnes, at sygemeldingen vil vare længere end 8 uger,⁷ dvs. efter op mod næsten 4 uger med udbetalt løn i sygeperioden (de første 30 dage betales af arbejdsgiver, med mindre denne har tegnet en sygeforsikring). På baggrund af en helhedsvurdering af den sygemeldtes situation, foretages en visitation, som er retningsgivende for den videre kommunale indsats; i kategori 1 planlægges opfølgningen af kommunen, og i kategori 2 og 3 følges der op hver 4. uge. Det er dog op til den enkelte kommune at definere indsatsområdet i samarbejde med borgeren. I praksis betyder dette, at sagsbehandlerne har til opgave at varetage både kommunens og borgerens interesser, hvilket giver dem en helt central rolle.

Derfor er det afgørende, at sagsbehandlerne kan træffe beslutninger og vejlede borgeren på et så oplyst grundlag som muligt, da forkerte beslutninger og uhensigtsmæssige indsatser medfører økonomiske og personlige udgifter for henholdsvis kommune og borger. Vores samarbejde med sagsbehandlerne har vist, at trods høj faglighed, har de ikke nok tid til at stille borgerne et tilstrækkeligt antal spørgsmål for dermed at få den nødvendige indsigt i borgerens situation. Herudover er der ofte ikke mulighed for at vende sagerne med eksempelvis lægekonsulent eller andet sundhedsfagligt personale i tilstrækkeligt omfang, hvorved effekten af et tværfagligt samarbejde kan gå tabt. Med de nye rehabiliteringsteams i alle kommuner, og visitation af kategori 3 inden for de første 12 uger fra 1. sygedag til rehabiliteringsteamet, er der lagt an til et langt større tidspres, men samtidig større krav til tværfaglighed til gavn for borgeren og dennes helbredelsesproces og dermed tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Vigtigheden af at kunne træffe beslutninger på et oplyst grundlag understreges af den eksisterende forskning på området. Generelt er den økonomiske effekt af interventioner, som blandt andet indebærer fysisk træning og teknikker til adfærdændring, meget beskeden, uanset om sygefraværet skyldes fysiske eller mentale årsager⁸ og peger i retning af, at sygefravær kræver en mere helhedsorienteret indsats⁹. Hvad angår sygemelding som følge af psykiske årsager, er en del af forklaringen på den manglende effekt formentlig, at der ses forskel på mekanismerne bag forskellige psykiske tilstande, da de griber ind i flere handlingsfunktioner. For eksempel har kognitiv adfærdsterapi vist gode resultater i rehabiliteringen af stressramte¹⁰, men ikke på depression og psykiske lidelser generelt⁹. Det er derfor afgørende at identificere behovet for intervention hos den enkelte borger, og herefter henvise til den rette ind-

sats. Det er i denne situation, at sagsbehandlerne i jobcentrene spiller en central rolle, og enhver understøttelse de kan få, til at træffe en oplyst beslutning, bør være af afgørende betydning. Træffes en uheldig beslutning, kan det føre til lange, økonomiske og personligt belastende forløb⁸. Det er derfor vigtigt, at sagsbehandlerne har de rigtige værktøjer til rådighed, således de kan træffe de kvalificerede beslutninger, som kræves for at kunne afklare og støtte borgerne bedst muligt på deres vej tilbage til arbejdsmarkedet. Det er med dette formål, at INDUCAS er udviklet og afprøvet, og denne rapport præsenterer resultaterne af forskellige evalueringer af INDUCAS.

1.3. Formål

Formålet med denne rapport er at beskrive resultaterne af flere evalueringer, hvor INDUCAS har været afprøvet. Dette gøres ved at undersøge følgende tre spørgsmål, som bliver besvaret gennem tre selvstændige dele af rapporten:

- **Del 1)** Evaluering af den statistiske model: Hvad er den prædiktive værdi af INDUCAS?
- **Del 2)** Hvilke faktorer er særligt vigtige for sandsynligheden for fortsat at være sygemeldt?
- **Del 3)** Hvad karakteriserer respondenterne demografisk og socioøkonomisk?

Rapporten er således bygget op om, at hvert af de ovenstående spørgsmål er besvaret enkeltvist under selvstændige overskrifter. Inden da vil de statistiske valg og overvejelser kort blive ridset op.

Del 1 af rapporten indeholder et estimat af spørgeskemaets prædiktive værdi. Til belysning af dette beskrives blandt andet spørgeskemaets specificitet og sensitivitet ved en grænseværdi på 50% sandsynlighed for fortsat sygemelding.

Del 2 af rapporten er en identificering af nøgelfaktorer, som bruges til at beskrive, hvilke grupper af individer, der har særlig stor sandsynlighed for fortsat at være sygemeldt 11 uger efter screeningen.

Del 3 af rapporten består af en beskrivelse af stikprøven, som analyserne bygger på. Dette er beskrevet ved brug af deskriptive resultater i form af frekvensanalyser for besvarelserne på udvalgte spørgsmål.

2.0 HVAD ER INDUCAS?

INDUCAS er et evidensbaseret screeningsværktøj, der understøtter visitationsprocessen ved at identificere behov for en tidlig og tværfaglig indsats. INDUCAS giver også en prognose for den sygemeldtes sandsynlighed for at komme tilbage i job og angiver de vigtigste elementer i en målrettet indsats, således at sygdomsperioden bliver kortere. INDUCAS er udviklet af den beskæftigelses- og sundhedsfaglige virksomhed COME-BACK i samarbejde med Syddansk Universitet. Det er testet og brugt af sagsbehandlere i virkelige forløb med borgere, og resultaterne fra disse forløb danner baggrund for denne rapport. Gennem INDUCAS svarer borgeren på ca. 75 spørgsmål, og svarene bearbejdes med brug af statistisk viden fra forskere, arbejdsmedicinere, socialrådgivere, fysioterapeuter, psykologer og læger. Resultatet er en pålidelig og dækkende afklaring af den sygemeldtes tilstand, så borgeren kan få de mest relevante anbefalinger og tilbud. INDUCAS understøtter således sagsbehandlernes faglige kompetencer og kvalificerer de vurderinger og beslutninger, der træffes i Jobcenteret, så sygemeldte borgere hurtigere kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Desuden kan INDUCAS fungere som dialog-redskab mellem Jobcenter og borger, mellem Jobcenter og Virksomhed eller Pensionselskab – eller mellem sagsbehandler og Rehabiliteringsteam.

2.1. INDUCAS som det unikke produkt

INDUCAS kombinerer, som screeningsværktøj, viden om fysiske, psykiske og sociale problemstillinger, selv-vurderet helbred og motivation i samme system. INDUCAS involverer ikke blot borgeren, men giver mulighed for at måle på effekten af borgerens egen, jobcenterets og andre aktørers indsatser. INDUCAS er det eneste validerede produkt af sin art i Danmark, som er udviklet på et teoretisk velfunderet grundlag og løbende afprøvet. Det betyder at INDUCAS' præcision og pålidelighed er uovertruffen i sammenligning med andre tilsvarende produkter. INDUCAS er i stand til at samle og opsummere mere information end øvrige screeningsværktøjer – alt sammen for at forbedre sagsbehandlerens beslutningsgrundlag. I modsætning til andre værktøjer foretager INDUCAS en screening ud fra en bred forståelse af funktionsevnen, og kan efterfølgende identificere individuelle områder, som med en målrettet indsats, kan reducere den sygemeldtes sandsynlighed for fortsat sygemelding. Det er derfor ikke bare den enkelte diagnose, der er afgørende for det tilbud, en sygemeldt borger bør modtage. Det er derimod

summen af det, en borger aktuelt kan, borgers egen vurdering af sygesituationen og den sociale ramme borger til hverdag er en del af.

„Nedbrydning af silotænkning“ er den gældende tilgang til løsning af rehabiliteringsopgaver i Danmark indenfor sundhed og beskæftigelse. Vores anvendelse af begreberne arbejdsevne og funktionsevne, er et godt eksempel på dette. Normalt er arbejdsevne-begrebet blevet brugt inden for beskæftigelsesområdet, hvorimod funktionsevnebegrebet ofte er forbundet med en medicinsk forklaret diagnose. Ved at kombinere disse to begreber i et samlet værktøj, bygger INDUCAS bro mellem disse to verdener, som begge har til hensigt at hjælpe borgeren tilbage i arbejde. Som en del af beskæftigelsespolitikken skal kommunerne i endnu højere grad fremover anvende funktionsevnen som dækkende for både arbejdsevnen og den tidligere traditionelle opfattelse af funktionsevnen¹¹. Funktionsevnen vil derfor fremover komme til at dække både biologiske, psykologiske og sociale indvirkninger hos den enkelte borger, og stiller således krav til, at både sagsbehandlere, psykologer, læger og terapeuter er i stand til at definere disse faktorer, og dermed bevæger sig ud over egne faggrænser for at forstå og arbejde tværfagligt. Ved at have funktionsevnebegrebet og tværfagligheden indarbejdet som et centralt element, passer INDUCAS allerede ind i denne tankegang, og værktøjet kan derfor implementeres direkte i det daglige arbejde. Implementeringen af INDUCAS vil således være både hurtig og nem til fordel for både fagpersonale og borger.

2.2. Visionen med INDUCAS

Med INDUCAS ønsker vi at give sagsbehandlerne et værdifuldt værktøj til at vurdere borgerens situation med det formål at sikre en bedre og mere præcis individuel helhedsorienteret indsats for borgeren. Dette forventes at kunne føre til en generel nedgang i sygefraværet i landets kommuner og samtidig styrke samarbejdet mellem borger, Jobcentre og Forsikrings- og Pensionselskaber.

Det er vores vision at skabe et screeningsværktøj, der kan igangsætte og understøtte en indsats, som er specifikt målrettet den enkelte borger under hensyntagen, men ikke begrænset til dennes diagnose. Det er således målet at skabe et værktøj, som kan skelne mellem borgere med forskellige behov på trods af enslydende diagnoser. På baggrund af dette bliver det muligt at igangsætte en målrettet tidligere og hurtigere sagsbe-

handling og fastholdelse som resultat, fordi så mange oplysninger som muligt ligger til rådighed så tidligt som muligt i forløbet. Dermed bliver sagsbehandleren i højere grad i stand til, i samarbejde med borgeren, at træffe en oplyst beslutning om indsats. INDUCAS sikrer en bedre og mere præcis individuel helhedsorienteret indsats og dette har væsentlig betydning for både borger, sagsbehandlere og rehabiliteringssystem. Ikke mindst for den sygemeldte er det vigtigt med en rettidig indsats, da noget tyder på, at sygemeldte faktisk bliver værre af at være sat ud af spil. I et kontrolleret studie viste faktorer som smerte, fatigue og depression sig at være konsekvenser af at være sygemeldt og ikke årsag til sygemeldingen¹².

2.3. Faglig forankring

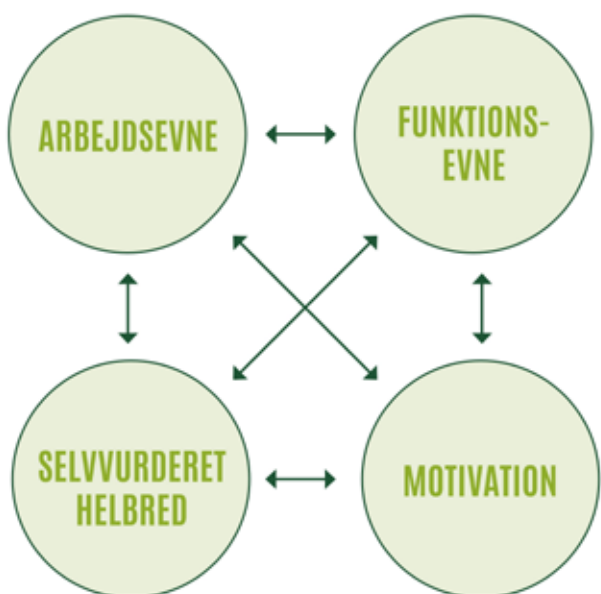
Screeningsværktøjet er udviklet af en række fagpersoner i et tværfagligt samarbejde fra social, sundheds, og beskæftigelsessektoren, hvor fagligheden er af højeste prioritet. Denne gruppe inkluderer blandt andet forskere, arbejdsmedicinere, socialrådgivere, fysioterapeuter, læger og psykologer. Derudover er udviklingen af værktøjet sket i tæt samarbejde med jobcentre, pensionselskaber samt forskere fra Syddansk Universitet. Samarbejdet er en unik model, hvor 17 jobcentre efterhånden har bidraget med input til processen. Det brede samarbejde er udtryk for, at vi, hos COME-BACK, allerede fra starten har søgt at kombinere forskningsbaseret viden med jobcentrenes og sagsbehandlerens erfaringer fra det daglige arbejde. Vi har på den måde skabt et værktøj, som bygger på bredt accepterede videnskabelige modeller samtidig med, at det er muligt at implementere INDUCAS direkte i det daglige arbejde i jobcentrene med det formål at gøre de sygemeldte i stand til at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Det brede samarbejde kommer blandt andet til udtryk ved vores brug af det brede inkluderende og positive sundhedsbegreb, hvor livsstil og levevilkår også har betydning for sundheden, og hvor sundheden er mere end blot fravær af sygdom. Vi tager således udgangspunkt i borgerens situation som helhed. Af samme årsag bygger værktøjet ikke blot på en forsimplet anskuelse af borgerens situation, men er i stedet opbygget af fire grund søjler, som hver især har bidraget til udviklingen af spørgsmålene i screeningsværktøjet. De fire grund søjler er 1) Arbejdsevne, 2) Funktionsevne, 3) Selvvurderet helbred og 4) Motivation (se figur 1).

2.4. Grund søjler

Grund søjle 1 og 2 – Arbejds- og funktionsevne
Arbejdsevne metoden har været anvendt til at målrette screeningsværktøjet til anvendelse indenfor beskæftigelsesområdet. Arbejdsevne begrebet er et dynamisk begreb, som relaterer sig til det enhver tid eksisterende arbejdsmarked og de krav, som stilles for at kunne ud-

føre arbejdsopgaver. Isoleret set er denne grund søjle altså af særlig interesse i forhold til at sikre borgeren fortsat beskæftigelse, men en række sygemeldinger er ikke isoleret til det specifikke erhverv, som borgeren tidligere har udført. Derfor kræves også et bredere perspektiv, hvilket i INDUCAS er belyst ved begrebet „funktionsevne“. Arbejdsevne og funktionsevne er nært beslægtede og udgør en væsentlig dimension af helbreds begrebet. Hvor arbejdsevnen alene relaterer sig til beskæftigelse, er funktionsevnen et udtryk for, hvor godt en person er i stand til at udføre de handlinger, der hører med til at leve et normalt og varieret liv. Der kan være store variationer i funktionsevne mellem patienter med samme sygdom eller handicap. For eksempel kan man finde mennesker, der har mistet et ben, som fortsat opretholder et højt fysisk aktivitetsniveau, mens andre vil føle sig så begrænsede, at de stort set ikke kommer uden for deres hjem. Set i lyset heraf er det oplagt, at funktionsevne og håndtering af nedsat funktionsevne har væsentlig betydning for menneskers livskvalitet. Oplevelsen af mestringsevne¹³ spiller en afgørende rolle i håndteringen af nedsat funktionsevne. Mestringsevne er et udtryk for en persons tro på egne ressourcer og kompetencer, og fordi dette også er af betydning for arbejdsevnen har funktionsevnen indflydelse på arbejdsevnen, hvorfor det som nævnt ikke er tilstrækkeligt at belyse arbejdsevnen alene. Screeningsværktøjet er derfor i højere grad udviklet, så en korrekt indsats kan ydes for at forbedre borgerens funktionsevne, fordi dette i højere grad vil bidrage til at øge borgerens arbejdsevne end et ensidigt fokus på arbejdsevne alene. Til beskrivelse af funktionsevnen har vi i INDUCAS brugt WHO's ICF-model er en bio-psyko-social tilgang til fastsættelse af funktionsevne og er i 2011 indskrevet i den danske servicelov.¹¹ Det er ikke en klassificering af sygdomme (som ICD-10, der er en decideret sygdomsklassifikation fra WHO), men derimod en ny måde at anskue funktionsevnen i et bredt og dynamisk perspektiv. I ICF-modellen er fokus således flyttet fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv i fællesskab med andre og i samfundet. Dette fokus er årsagen til, at vi har valgt at bruge ICF-modellen, da INDUCAS giver en målrettet tidligere og hurtigere sagsbehandling og fastholdelse som resultat.



Figur 1: De fire grund søjler, som INDUCAS er baseret på: Arbejdsevne, Funktionsevne, Selvvurderet helbred og Motivation passer perfekt ind i det brede sundhedsbegreb og definition af en helhedsorienteret indsats for borgeren. ICF har derfor dannet grundlag for udvælgelsen af de mest relevante spørgsmål til afdækning af områder i hverdagslivet, der bedst beskriver en persons aktuelle funktionsniveau og dermed funktionsevne.

Grund søjle 3 – Selvvurderet helbred

Borgerens selvvurderede helbred er inkluderet som den ene af de 4 grund søjler, fordi begrebet i en række studier har vist, at både lægelige diagnoser, symptomer, funktionsevne og almindeligt velbefindende afspejles i borgerens selvvurderede helbred¹⁴, og at et menneskes selvvurderede helbred har stærk sammenhæng med deres samlede funktionsevne og dødelighed¹⁵. Resultater i forskningen peger desuden på, at mennesker bærer på en viden om eget helbred, som ikke er omfattet i medicinske diagnoser og ikke kan forklares med alder, køn, status eller andre socioøkonomiske faktorer. Selvvurderet helbred er således vigtigt at inkludere i et screeningsværktøj fordi:

- Der findes flere forskellige metoder til fastsættelse af funktionsevnen. Dette komplicerer muligheden for at tilbyde en borger en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret rehabiliteringsindsats.
- Meget tyder på, at det enkelte menneskes egen vurdering af eget helbred og funktionsevne har stor betydning for, hvordan personen samlet set fungerer.

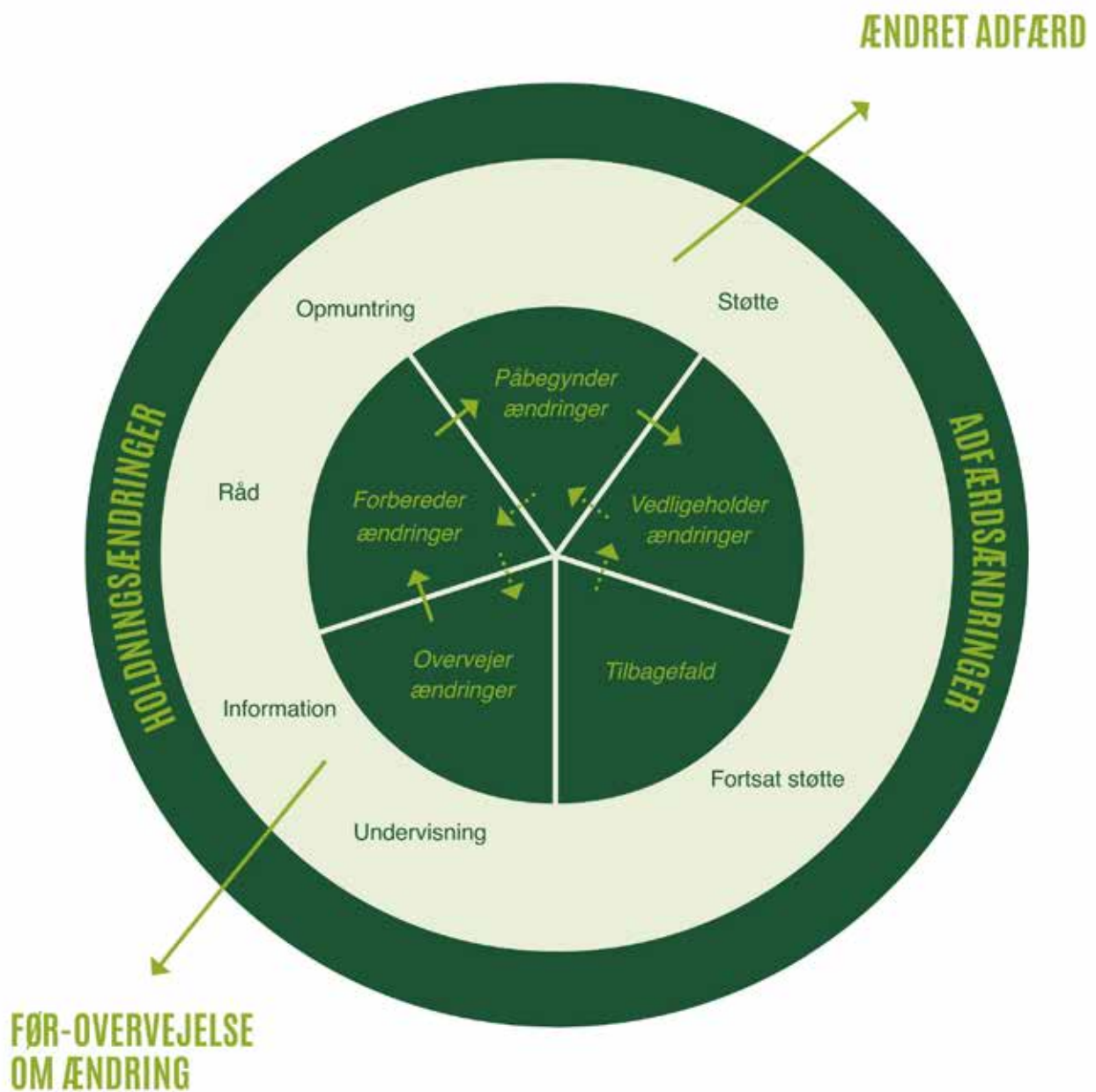
Det bør derfor indgå i overvejelserne, når der opstår situationer med uoverensstemmelse mellem lægelige diagnoser og resultater af forskellige metoder til analyse og fastsættelse af funktionsevne. Ved at hjælpe den sygemeldte borger til at fokusere på sine ressourcer på trods af diagnose, medfølgende psykiske udfordringer og funktionelle indskrænkninger, bevares og styrkes borgeren i at opnå en balance mellem krav og belastning på denne ene side, og ressourcer på den anden side. At en anerkendende tilgang til kommunikation mellem sagsbehandler og den sygemeldte borger styrker borgerens ressourcer og reducerer perioden uden arbejde blev for øvrigt nyligt bekræftet i en større dansk undersøgelse¹⁶.

Grund søjle 4 – Motivation

Den fjerde og sidste grund søjle i screeningsværktøjet er graden af borgerens motivation. Årsagen til dette er, at motivationsgraden har stor indflydelse på, hvilke tilbud i et Jobcenter, der er realistiske at sætte i værk. Med udgangspunkt i viden om adfærdsændringer (Stages of Change¹⁷ - en femtrins-model for adfærdsændringer, se figur 2) har vi valgt at undersøge enkelte områder af en borgers funktionsevne nærmere for i opstartsfasen at finde frem til det bedst mulige tiltag for borgeren.

Stages of Change består af fem mulige trin (stages):

- 1. Før-overvejelse:** Ethvert tiltag kommer bag på borgeren, der således ikke selv har kunnet forestille sig den tilbudte mulighed.
- 2. Overvejer ændring:** Der er sået et frø. Ideen er nu kendt, men borgeren er endnu ikke motiveret til aktuel handling.
- 3. Forbereder ændring:** Borgeren begynder selv at gå ind i de praktiske forberedelser til igangsættelse af et nyt handlingsmønster.
- 4. Påbegynder ændring:** Borgeren er i gang med udførelse af nyt handlingsmønster.
- 5. Vedligeholder ændring:** Borgeren har i mere end et år holdt fast i sit nye handlingsmønster og befinder sig således på et vedligeholdelsestrin.
 - a. Under alle de ovenstående trin kan borgeren opleve tilbagefald og må starte helt eller delvist forfra.



Figur 2: Stages of Change: Figuren beskriver de faser, som borgeren gennemgår før et handlingsmønster er ændret. Den midterste ring definerer sagsbehandlerens primære funktion, afhængigt af fasen (frit efter Prochaska et al. 1997)¹⁷.

3.0 STATUS OG FREMTIDSPERSPEKTIVER FOR INDUCAS

De fire grund søjler bag udviklingen af screeningsværktøjet er alle videnskabeligt anerkendte og velafprøvede. Udover denne anerkendelse har vi fulgt op med et videnskabeligt arbejde, hvor vi ud fra vores empiriske materiale har forbedret og præciseret værktøjet i en proces, som stadig pågår. Det følgende afsnit beskriver kort det grundige arbejde, der er gået forud for denne rapport.

INDUCAS blev oprindeligt udviklet i 2008 og er nu afprøvet og implementeret i 17 kommuner. I alt foreligger der besvarelser for mere end 5.000 sygemeldte. INDUCAS er således blevet afprøvet på mange flere sygemeldte end det oprindeligt blev udviklet til. INDUCAS har vist sig konsistent at kunne forudsige status på sygemeldte efter 11 uger (prædiktiv værdi) og er derfor et validt og robust værktøj. INDUCAS har også vist sig at kunne forudsige længden af sygefraværet i talmateriale fra Furesø og Kerteminde Kommune. Udover at have vist konsistente resultater på tværs af flere målgrupper har valideringsarbejdet også omfattet en sikring af en overensstemmelse mellem respondenternes fortolkning og forståelse af spørgsmålene og den oprindelige mening med disse.

INDUCAS er det eneste måleinstrument i Danmark, som kombinerer viden om fysiske, psykiske og sociale problemstillinger, livskriser, selvvurderet helbred og motivation i samme screeningssystem. Et andet særtræk ved INDUCAS, er kombinationen af data rapporteret af borgeren, integration af den nyeste viden om effektive tiltag rettet mod at få sygemeldte tilbage i job og et stærkt fokus på at formidle resultater på en anvendelsesorienteret måde. Denne tilgang er unik for INDUCAS og betyder at værktøjet opleves som relevant og umiddelbart anvendeligt.

Forskning på årsager til sygefravær og på at finde effektive metoder, der kan bringe sygemeldte tilbage i job er større end nogensinde. Samtidig ændres rammebetingelserne for, hvornår og hvor længe man som borger kan få sygedagpenge. Det er derfor vigtigt at påpege, at selvom INDUCAS allerede på nuværende tidspunkt kan levere evidensbaseret og systematisk viden som anvendes i praksis, så fortsætter arbejdet med at forbedre kvaliteten på INDUCAS for hele tiden at kunne tilbyde et tidssvarende produkt. Det har høj prioritet, at

INDUCAS til enhver tid er tilrettelagt således, at det passer til de gældende forudsætninger og den gældende lovgivning for jobcentre.

4.0 STATISTISKE OVERVEJELSER

I det følgende afsnit beskrives de statistiske overvejelser og metoder, der er anvendt i rapporten. Bemærk at rækkefølgen for de statistiske overvejelser følger den kronologiske rækkefølge for analyserne og ikke rækkefølgen, som resultaterne er præsenteret i. De statistiske analyser er foretaget af PhD Msc John Singhammer, Epidemiolog.

4.1. Generelle overvejelser

Der anvendes et signifikansniveau på 0,05 i hele denne rapport. Derudover er det angivet, hvis der ses tendenser mod signifikante forskelle defineret som $p < 0,25$. Frekvenserne er angivet i procent af det samlede antal besvarelser, medmindre andet er angivet. Kontinuerlige variable er beskrevet som gennemsnit ± 1 Standard Afvig (SD). Til de statistiske analyser er anvendt Stata version 14.

4.2. Frekvensanalyser

Frekvensanalyserne er angivet som det relative antal besvarelser (i procent) med undtagelse af spørgsmål, hvor det har været muligt at vælge flere svar på samme spørgsmål, eller hvor borgerne har kunne angive sit svar på en skala (fx fra 0-10). Ved relative antal besvarelser, angiver frekvensanalysen antallet af gange, den pågældende svarmulighed er valgt, i forhold til antallet af svar der er givet i alt. Fordelingen af besvarelser for grupperne som vi har opfølgende status på sygdomsindgangen er sammenlignet ved en Pearson chi-kvadrat test (χ^2) og Student t-test for kontinuerlige variable.

4.3. Metodisk fremgangsmåde

Udfaldet for hovedparten af analyserne er om de sygemeldte ved opfølgning efter 11 uger, er syge. Efter en beskrivelse af data ved frekvensanalyser blev alle undersøgte faktorer, der kunne tænkes at påvirke udfaldet (Sygemeldt efter 11 uger) inddraget i parvise (bi-variante) analyser.

Alle variable som viste sig associeret med udfaldet (Sygemeldt efter 11 uger) blev efterfølgende vurderet for konceptuelle 'grupperinger' af variable, som blev vurderet til at indgå i senere multivariable analyser. Fx blev "passive" variable som Hvile, "brug for Tid til at komme tilbage på job" og Helbredelse undersøgt samlet i en såkaldt eksplorativ faktoranalyse (principal component analysis) for om sådanne grupper af variable muligvis deler en fælles underliggende dimension – udtrykt ved en egenvektor på 0,3 eller derover. Variable som ser ud til at tilhøre den samme gruppe blev herefter undersøgt for, om de faktisk er signifikant associeret. Hvis der viste

sig en stærk sammenhæng mellem to variable (fx mellem "Hvile" og "brug for Tid til...") blev begge variable efterfølgende inkluderet i separate multiple logistisk regressionsanalyser med Sygemeldt som udfaldsvariable og justeret for alder. Den uafhængige variable, som viste sig stærkest associeret med udfaldsvariablen, blev efterfølgende udvalgt.

Efter forudgående udvælgelse af variable som er statistisk associeret med udfaldsmålet, udføres en række multiple logistisk regressionsanalyser med det formål at finde den bedste kombination af variable, som kan forudsige fremtidig sygestatus. De multiple logistiske regressionsanalyser blev udført separat for kvinder og mænd i alderen 18-66 år, da sociale, psykologiske og livsstilsrelaterede determinanter er forskellige mellem kønnene^{18 19}.

4.4. Prædiktiv værdi

Efter de indledende analyser udvælges en række variable, som i kombination kan forudsige fortsat sygestatus efter 11 uger. Den optimale kombination af variable findes ved en serie af multiple logistiske regressionsmodeller. I valg af den ideelle model tilstræbes det at finde en kombination af variable som har praktisk relevans. Der sigtes mod at konstruere:

1. en præcis model som bevarer statistisk styrke og efterfølgende kan fortolkes,
2. en model med et minimum af sam-variation mellem de udvalgte variable,
3. at finde en kombination af variable som efterfølgende kan verificeres i international forskningslitteratur²⁰⁻²⁴.

Efterfølgende verificeres modellernes prædiktive værdi gennem beregning af sensitivitet og specificitet. Sensitivitet defineres her som modellens evne til at prædikere sygdomsindgangen efter 11 uger, blandt de borgere som faktisk var sygemeldte. Andelen korrekt klassificeret sygemeldte angives i %.

Specificitet defineres her som modellens evne til at kunne prædikere raskmeldte borgere efter 11 uger, blandt de borgere som faktisk var raskmeldte. Andelen korrekt klassificeret raskmeldte angives i %.

Herefter evalueres modellernes prædiktive værdi gennem afprøvning på data fra borgere fra to andre kommuner, hvor oplysninger om 1.242 personer blev indsamlet i efteråret 2016. Resultaterne fra testen af modellerne på de nye kommuner, skulle gerne vise en tilfredsstillende

grad af overensstemmelse med resultaterne fra de jobcentre, hvor modellerne oprindeligt blev udviklet.

4.5. Udvælgelse af fokusgrupper

Når vi kan fastslå at modellerne for INDUCAS viser konsistente resultater på tværs af forskellige kommuner og over tid, er udviklingen af den videre anvendelse af instrumentet begrundet.

For at fremme anvendeligheden af resultaterne, er der efterfølgende blevet konstrueret 5 grupper på baggrund af sandsynligheden for fortsat sygemelding efter 11 uger: Gruppe 1 [0-20% sandsynlighed for fortsat sygemelding], gruppe 2 [20-40%], gruppe 3 [40-60%], gruppe 4 [60-80%] og gruppe 5 [80-100% sandsynlighed for fortsat sygemelding]. Fokusgrupper er beregnet separat for kvinder og mænd.

I efterfølgende analyser undersøges der separat for hver fokusgruppe for, hvilke faktorer som kan reducere sandsynligheden for fortsat sygemelding efter 11 uger. Aktuelle faktorer som inddrages i analysen er nøgleindikatorer, som er fundet i forudgående analyser samt faktorer, som på forhånd er defineret i de fire grundsøjler. Efterfølgende analyser af indikatorer, som kan reducere sandsynligheden for sygemelding i hver fokusgruppe, er gennemført ved multiple lineær regression²⁵, samt ved krydstabulering hvor antallet af besvarelser ikke længere understøtter en multivariabel analyse.

4.6. Udvælgelse af nøgleprædiktorer

Alle variable fra den logistiske regression, som viste en signifikant sammenhæng eller en tendens til sammenhæng med sygemeldingsstatus ved opfølgning, er defineret som nøgleprædiktorer af særlig betydning. De enkelte faktorer blev herefter undersøgt samlet i en logistisk regressionsanalyse. Det endelige valg af den mest optimale kombination af faktorer, som kan prædikere status for sygemelding efter 11 uger, blev truffet på baggrund af statistisk styrke, sensitivitet og specificitet samt på baggrund af international forskningslitteratur²⁶⁻²⁹. Kombinationen af variable, som viste den bedste sensitivitet og specificitet, blev udtrykt i logit ved hjælp af formlen:

$$\text{logit} = \frac{\sum e^{x' \cdot \beta}}{1 - \sum e^{x' \cdot \beta}}$$

Hvor $\sum e^{x' \cdot \beta}$ er summen af de udvalgte variable med tilhørende vægtning (eksponentielle sum).

Efterfølgende omregnes kombinationen af variable til sandsynlighed, som er nemmere at formidle ved hjælp af formlen:

$$\text{Sandsynlighed i \%} = \frac{1}{1 + e^{x' \cdot \beta}} \cdot 100$$

5.0 RESULTATER FRA SCREENINGEN

Den statistiske model er baseret på en stikprøve fra 13 jobcentre og indeholder 1.045 besvarelser på screenings-tidspunktet. Dette er 52% af de spørgeskemaer, som er blevet distribueret i perioden. Ved screening har borgerne angivet en gennemsnitlig varighed af sygdomsperioden på $11 \pm 0,5$ uger. Udover dette spørgeskema er der blevet sendt et opfølgende spørgeskema til 656 personer 11 uger efter screeningstidspunktet, hvoraf 352 (53%) personer har besvaret dette. Det er væsentligt at understrege, at der ikke er forskel på de demografiske og socio-økonomiske karakteristika blandt dem, der henholdsvis har og ikke har udfyldt det opfølgende spørgeskema, med undtagelse af de regionale tilhørsforhold. Der er således relativt flere af de opfølgende besvarelser fra Region Sjælland i forhold til besvarelser fra Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Oplysninger om sygefraværtsstatus ved opfølgning efter 11 uger foreligger for 352 personer (34%). Kvinder udgør den største andel af datagrundlaget (63%, $n=220$), mens andelen af mænd er på 38% ($n=132$). Aldersspændet udgør 18-65 år og middelværdien for alder blandt både kvinder og mænd er 40-49 år. Ud af de 352 borgere, som vi har opfølgende information om, er 140 borgere raskmeldt ved opfølgning (40%), mens 212 borgere fortsat er sygemeldt (60%). De fire grundspørgsmål omfatter Arbejdsevne, Funktionsevne, Selvvurderet helbred og Motivation, og hvert område er grundigt afdækket med en række spørgsmål. I det følgende vises eksempler på svarfordelingen blandt kvinder og mænd.

Et eksempel på vurdering af arbejdsevne omfatter spørgsmålet om "Er det realistisk, at du vender fuldt tilbage til dit nuværende job/arbejdsområde inden for 8 uger?". Der er signifikant forskel i borgerens egen vurdering af, om de vender tilbage til sit arbejde indenfor 8 uger. Blandt borgere som er raskmeldte ved opfølgning, har 54% svaret "Ja". Tilsvarende positive vurdering af egen arbejdsevne vurderes kun blandt 16% af borgere som fortsat var sygemeldt ved opfølgningen 11 uger senere.

Funktionsevne er blandt andet vurderet gennem spørgsmålet om: "Hvordan vil du vurdere din nuværende funktionsevne på en skala fra 0-10, hvor 0 = meget dårlig, 5 = middel og 10 = meget god? (Med funktionsevne menes

evnen til at udføre almindelige dagligdagsaktiviteter)?". Borgere, som er raskmeldt ved opfølgning efter 11 uger, vurderer ved start af sygdomsperioden sin funktionsevne markant bedre (gennemsnit = 6,0, Standard Afvigelse = SA = 5,5, $n=140$) i forhold til borgere som fortsat er sygemeldte (gennemsnit = 4,9, SA = 4,6, $n = 212$). Forskellen er statistisk signifikant ($p = 0,00$).

Selvvurderet helbred er også markant forskellig blandt borgere, som er raskmeldt eller fortsat er sygemeldt ved opfølgning efter 11 uger. Borgere, som er raskmeldt, vurderer sit helbred til en gennemsnitlig score på 5,8 (SA=2,2, $n=140$). Til sammenligning vurderer borgere som fortsat er sygemeldte sit helbred til en gennemsnitlig score på 4,5 (SA=2,4, $n=212$). Borgerne blev bedt om at svare på følgende spørgsmål: "Hvordan vurderer du din nuværende fysiske helbredstilstand på en skala fra 0-10?"

Motivation defineres her som borgerens intentioner om at handle aktivt i forhold til sin egen situation og måles bl.a. ved følgende spørgsmål: "Har du en overordnet plan for, hvad du vil, eller hvad der skal ske inden for de næste 6 måneder?". Deltagerne kunne svare enten "Ja" eller "Nej". De som har svaret bekræftende på, at de har en plan, er i tillæg blevet spurgt om en række forhold som "Arbejdsprøvning?", "Behandling hos psykolog?" eller "Behandling hos fysioterapeut?". Forskellene er markante. Fx har 9% af de borgere, som er raskmeldt ved opfølgning, angivet at de ønsker arbejdsprøvning, mens ingen blandt de borgere, som fortsat er sygemeldt, har angivet denne svarmulighed. Planer om at søge behandling hos psykolog er stort set lige udbredt blandt borgere som er raskmeldt ved opfølgning (17%), som blandt borgere der er sygemeldt (18%). For de, som har planer om at søge behandling hos fysioterapeut, er billedet tilsvarende ens (27% blandt raskmeldte, versus 26% blandt sygemeldte).

INDUCAS indeholder en lang række faktorer til afdækning af Arbejdsevne, Funktionsevne, Selvvurderet helbred og Motivation end vist her. De deskriptive resultater indikerer, at nogle faktorer er stærkere forbundet med sygdomsstatus ved opfølgning end andre, og på den baggrund inkluderes disse faktorer derfor i multivariate analyser for at kunne beregne INDUCAS' prædiktive værdi.

5.1. INDUCAS' prædiktive egenskaber

På baggrund af de 1.045 besvarelser er det muligt at beskrive, hvilke faktorer, som har betydning for sandsynligheden for fortsat sygemelding 11 uger efter screeningstidspunktet. Dette er gjort ved at analysere, hvordan de inkluderede spørgsmål bidrager til denne sandsynlighed. På baggrund af de fundne β -koefficienter er sandsynligheden for fortsat sygemelding ved opfølgning beregnet som en vægtet sum af udvalgte faktorer (INDUCAS-score).

For kvinder (n = 220) er modtagelse af offentlige ydelser, fremtidsplaner, nedsat arbejdstid og løbende kommunikation med arbejdspladsen, faktorer som påvirker sandsynligheden sygestatus efter 11 uger. Blandt alle 142 kvinder, som fortsat var sygemeldt efter 11 uger, kan modellen forudsige fortsat sygemelding blandt 116 kvinder (sensitivitet = 81%). Blandt de 78 kvinder som var raskmeldte ved opfølgningen, kan modellen korrekt klassificere 44 kvinder (specificitet = 56%).

For mænd (n = 132) i alderen 18-65 år er forhold, som det at have været udsat for en ulykke, fremtidsplaner, forventet grad af smerter samt kendetegn ved arbejdsopgaver- vigtige faktorer, som kan forudsige sygestatus efter 11 uger. Blandt alle 70 mænd, som var sygemeldt efter 11 uger, kan modellen forudsige fortsat sygemelding blandt 58 personer (sensitivitet = 82%). Blandt de 62 mænd som var raskmeldt ved opfølgning efter 11 uger, kan modellen korrekt forudsige raskmeldingsstatus blandt 44 personer (specificitet = 72%).

Af hensyn til rettighederne til produktet kan de eksakte bidrag af hver faktor desværre ikke oplyses.

Disse beregninger understreger, at INDUCAS er et præcist værktøj både til at forudsige sandsynligheden for fortsat at være sygemeldt og sandsynligheden for at være raskmeldt ved opfølgning.

5.2 Validering af INDUCAS

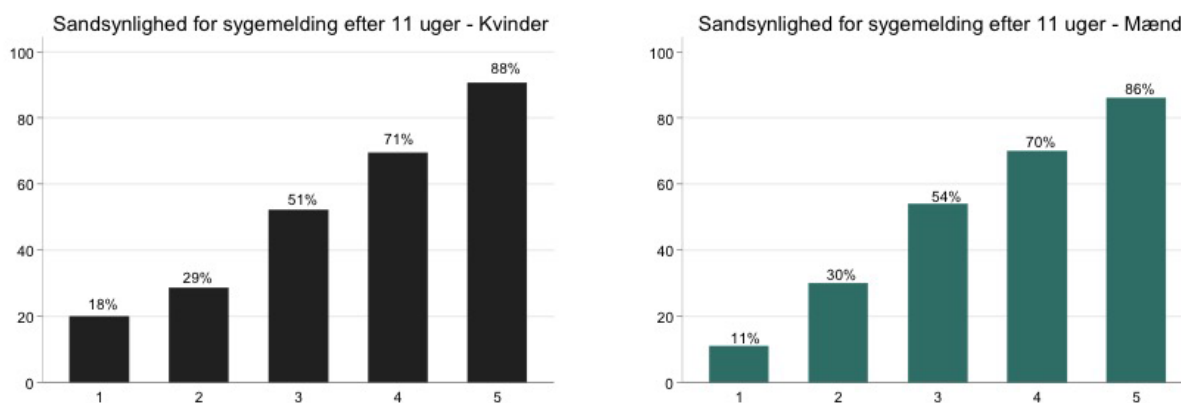
Efterfølgende er modellerne afprøvet på personer fra to andre kommuner som ikke deltog i den oprindelige undersøgelse. Indledningsvis omfatter den opfølgende undersøgelse oplysninger fra 1.242 personer, hvoraf kvinder udgjorde 63% (n = 782) og mænd 37% (n = 457). Ved opfølgning 11 uger senere var 245 personer raskmeldte, heraf 167 kvinder (68%) og 78 mænd (32%). 108 kvinder var fortsat sygemeldte (61%) mens tallet for sygemeldte mænd ved opfølgning var 67 (38%).

Blandt mænd kunne modellen korrekt forudsige fortsat sygemelding blandt 82% af de syge (sensitivitet) og korrekt forudsige raskmelding blandt 47% af de raske (specificitet). Blandt kvinder kan modellen korrekt forudsige sygemelding blandt 73% af de syge (sensitivitet) og korrekt forudsige raskmelding blandt 51% af de raskmeldte (specificitet). På baggrund af de fundne resultater for modellernes sensitivitet og specificitet konkluderer vi, at modellerne med overbevisning og præcision kan forudsige de sygemeldtes status 11 uger efter opfølgning.

5.3. Fokusgrupper

Udover at beregne en prognose for de sygemeldte, kan INDUCAS også bruges til at få indsigt i, hvilke problemer der adskiller sygemeldte med gode og mindre gode prognoser. Det er en fordel, for det gør det lettere at finde tiltag, som er tilpasset den sygemeldtes situation. Rettidige og tilpassede tiltag oplever den sygemeldte som relevant og motiverende.

INDUCAS inddeler derfor de sygemeldte i 5 grupper, udpeger de faktorer der er vigtige for at forbedre prognosen for hver gruppe, og foreslår effektive og realistiske tiltag som er vigtigst for at få de sygemeldte tilbage i job.



Figur 3. Fordeling af kvinder og mænd efter sandsynlighed for fortsat sygemelding efter 11 uger

Forslag til faktorer er baseret på gældende retningslinjer og den nyeste forskningslitteratur om, hvad der rent faktisk får sygemeldte tilbage i job. COME-BACK har lang erfaring med sygemeldte og har et bredt netværk af fagfolk og forskere og opdaterer derfor løbende forslag til tiltag.

I det følgende beskrives eksempler på tiltag for kvinder og mænd i hver af de 5 fokusgrupper. Udover de faktorer som er vist i eksemplet her, indgår flere andre faktorer i udformningen af fokusgrupperne. Disse faktorer er imidlertid beholdt COME-BACK.

Fokusgruppe 1

Kvinder: Sandsynligheden for forsat sygemelding i denne gruppe er lav (17 – 20%) og det forventes ikke, at tiltag kan reducere dette interval yderligere.

Tiltag: Ingen aktuelle

Mænd: Mænd i fokusgruppe 1 er fortrinsvis sygemeldt pga. muskel-skelet problemer og er oftest mellem 40-49 år gamle. Diskusprolaps forekommer hyppigst blandt 30-39 årige, som er sygemeldt mellem 8-12 uger. Denne gruppe består af mænd med den laveste sandsynlighed for at være sygemeldt ved opfølgning. Analysen viser, at tiltag, som kan lede til færre smerter, vil øge sandsynligheden for forsat sygemelding ved opfølgning med 8%. Tilsvarende har sygemeldte, som rapporterer, at de forventer at blive helt raske, en forøget sandsynlighed for forsat sygemelding på 5%.

Tiltag: Raskmelding bør kunne fremskyndes væsentligt ved henvisning til rådgivning om, hvordan man kan udføre aktiviteter på trods af smerterne, dvs. mestring. Tiltag, der alene fokuserer på at nedsætte smerterne, risikerer omvendt at forlænge sygeforløbet.

Fokusgruppe 2

Kvinder i denne fokusgruppe er karakteriseret af kvinder, som er i medicinsk behandling, og som har et erkendt behov for hjælp til at klare opgaver i hverdagen. Kvinderne modtager emotionel støtte fra venner og bor sammen med en anden person.

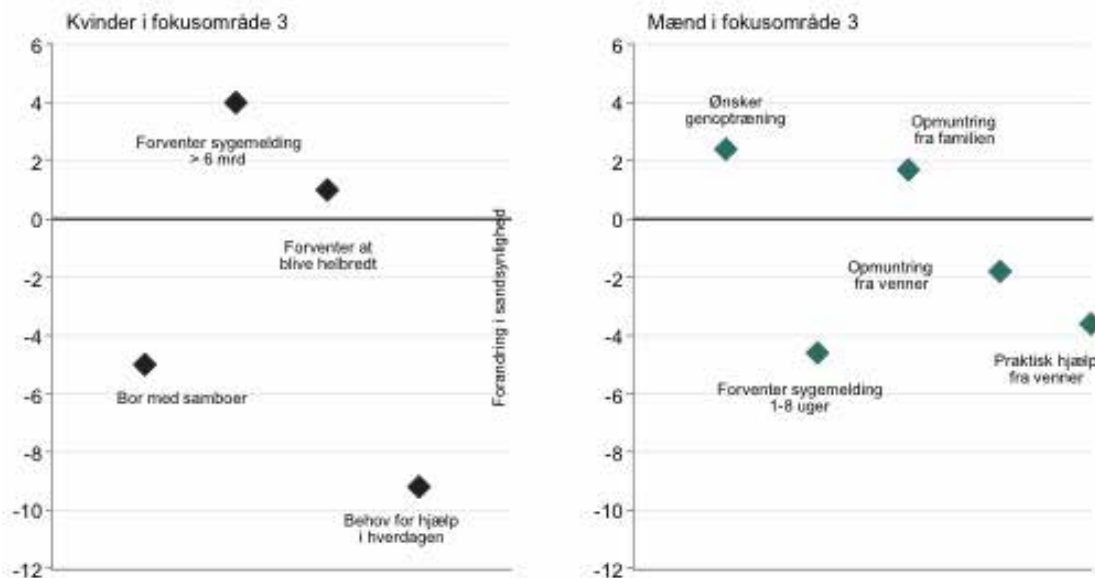
Tiltag: Raskmelding bør kunne fremskyndes væsentligt med et kombineret fokus i samtalerne: 1) arbejdsrelaterede opgaver, hun vil kunne løse, og som samtidig vil kunne vinde støtte fra hendes nærmeste sociale omgivelser, 2) tiltag der vil kunne imødegå hendes behov for hjælp til at løse opgaver i hverdagen f.eks. ergonomisk rådgivning, midlertidig hjemmehjælp eller frivillige ordninger til håndsækning i nærmiljøet og 3) inddragelse af egen læge til administration af den medicinske behandling.

Mænd: Faktorer som kan påvirke sandsynligheden for forsat sygemelding er generelt knyttet til forhold omkring sorg og dødsfald i familien. For sygemeldte i fokusområde 2 omfatter faktorerne: ønske om behandling hos psykolog, dødsfald og ensomhed. Mændene i denne gruppe forventer at sygemeldingen vil vare 8 uger eller mindre. Hvis den sygemeldtes situation kan afhjælpes, således at ensomhedsfølelse reduceres, og behov for psykolog bortfalder, vil sandsynlighed for forsat sygemelding blive reduceret med 12%.

Tiltag: Raskmelding bør kunne fremskyndes væsentligt via henvisning af borger til sorggrupper eller relevante kommunale eller kirkelige selvhjælpsgrupper, der sigter på at fremme mental sundhed.

Fokusgruppe 3

Faktorer som kan reducere sandsynligheden for forsat sygemelding blandt kvinder og mænd i fokusområde 3, hvor sandsynligheden for forsat sygemelding er 51% for kvinder og 54% for mænd.



Figur 4. Forskellige faktorerets betydning for reduktion eller stigning i sandsynlighed for fortsat sygdomsperiode efter 11 uger – Kvinder og mænd i fokusgruppe 3.

Blandt kvinder viser figuren, at forhold som at "Bo med en samboer" eksplicit er udtryk for "Behov for hjælp i hverdagen" kan reducere sandsynligheden for sygdomsperiode ved opfølgning efter 11 uger, mens en forventning om at være sygemeldt "mere end 6 måneder" vil øge sandsynligheden.

Blandt mænd kan "opmuntring" og "praktisk hjælp fra venner" sammen med en forventning om sygdomsperiode på mellem 1 og 8 uger reducere sandsynligheden for sygdomsperiode efter 11 uger, mens ønske om "genoptræning" og "opmuntring fra familien" øger sandsynligheden for sygdomsperiode efter 11 uger.

Figuren viser, at relativt enkle og utraditionelle tiltag kan reducere sandsynligheden for fortsat sygdomsperiode. Sandsynligheden for fortsat sygdomsperiode reduceres til 40% blandt kvinder, når den person, kvinden bor sammen med, inddrages i rehabiliteringen og hvis behovet for hjælp i hverdagen løses. For mænd, kan sandsynligheden reduceres til 48% når behov for genoptræning bortfalder, det sociale netværk inddrages, og opfattelsen af et kortvarigt sygeforløb forstærkes.

Fokusgruppe 4

Kvinderne i denne gruppe er karakteriseret ved ikke at have en plan for, hvad der skal ske inden for den nærmeste fremtid. Samtidig udtrykker de en forventning om, at de skal blive helt raske og tager medicin i forbindelse med sin sygdomsperiode. Kvinderne bor sammen med en anden person.

Tiltag: Der bør udarbejdes en plan for, hvordan den kommende sygdomsperiode skal forløbe, herunder specifikation af behandlingsmuligheder samt tidsplan for

opfølgning og evaluering på respons på behandling. Prognose for helbredelse bør udredes nærmere. Primært læge og sekundært fysioterapeut og/eller ergoterapeut bør inddrages. Såfremt 100% helbredelse ikke er realistisk, bør det afklares, hvilke foranstaltninger der yderligere skal iværksættes for at opretholde en acceptabel balance mellem dagligdagsopgaver privat og på job. En kombineret indsats med tiltag som resulterer i en revidering af forventning og helbredelse og en plan for det videre forløb vil medføre en reduktion af sandsynligheden for fortsat sygdomsperiode med 5%.

Et ønske om færre smerter er centralt for mændene i denne gruppe. Hvis den sygemeldte ændrer fokus fra færre smerter som præmis for raskmelding til at vende tilbage til jobfunktioner vedkommende kan udføre, reduceres sandsynligheden for fortsat sygdomsperiode med 6%. Et arbejde, som opleves til at være hårdt fysisk, vil øge sandsynligheden for fortsat sygdomsperiode med 3,5%.

Tiltag: Raskmelding bør kunne fremskyndes væsentligt via en kombineret indsats: 1) henvisning til rådgivning om hvordan man kan udføre aktiviteter på trods af smerterne, dvs. mestring. 2) hjælp til bedre arbejdstilrettelæggning, f.eks. via hjælpemidler, ergonomisk rådgivning eller reorganisering af arbejde fra at være hårdt fysisk til at opleves som mindre fysisk anstrengende.

Fokusgruppe 5

Kvinderne i denne gruppe er karakteriseret ved, at de har forventning om, at deres sygdomsperiode vil vare mellem 1 og 8 uger, at de ikke har modtaget tiltag fra kommunen, at de har økonomiske problemer og ikke har en plan for, hvad der skal ske i den nærmeste fremtid.

Tiltag: Raskmelding bør kunne fremskyndes væsentligt med en henvisning til tiltag, der imødegår den syge-

meldtes præferencer, navnlig hvis det drejer sig om økonomisk rådgivning. Henvisningen bør kombineres med en kontrakt med borger om indenfor 8 uger at genoptage arbejdet helt eller delvis eller indgå i relevant erhvervspraktik.

Mændene i denne gruppe rapporterer, at de ikke har lyst til videre uddannelse, og at de forventer, at være sygemeldt i 6 måneder eller mere, og at de ikke har støtte fra familie. Hvis mændenes kan overbevises til at ændre holdning, vil sandsynligheden for fortsat sygemelding reduceres med 1,6%. En forandring af mændenes forventning om varigheden på aktuelle sygemeldingsperiode på 6 måneder eller mere vil medføre en reduktion af sandsynligheden for fortsat sygemelding med 1,6%. Hvis disse tiltag også kombineres med tiltag, der sigter mod at opnå familiens støtte til en forandringsproces, vil det samlet set medføre en reduktion af sandsynlighed for fortsat sygemelding med 5%.

Tiltag: Raskmelding bør kunne fremskyndes væsentligt via en kombineret indsats: Den sygemeldte skal hjælpes til 1) at se mulighederne indenfor videreuddannelse, 2) at revidere sin opfattelse af længden af sygemeldingsperioden samt 3) at opnå familiens støtte til den forandringsproces, videreuddannelsen repræsenterer.

Eksemplet for kvinder og mænd i de forskellige fokusgrupper viser, hvordan en systematisk brug af oplysninger fra borgerne kan bruges til at danne et overblik over forskellige forhold, som påvirker borgernes sygemeldingsstatus. Dermed skabes et helt nyt udgangspunkt for tiltag på områder, som normalt ikke inddrages som led i at få sygemeldte tilbage til job.

Årsagerne til længerevarende sygemelding er komplekse og rækker langt ud over medicinske områder. INDUCAS er konstrueret til at kunne håndtere denne kompleksitet – og peger på hvilke områder, der rent faktisk kan reducere sandsynligheden for fortsat sygemelding.

5.4. Bliver sygemeldte hurtigere raske, når sagsbehandlerne bruger INDUCAS?

INDUCAS er et screeningsværktøj, der beregner en prognose for fortsat sygemelding og som foreslår evidensbaserede praktiske tiltag, der beviseligt øger chancen for, at den sygemeldte kommer tilbage i job. INDUCAS styrke ligger i at skabe overblik over de mange forhold, som påvirker en sygemelding samt at udpege tiltag, der er målrettet indsatser, der sigter mod at bringe den sygemeldte tilbage til en erhvervsaktiv tilværelse. Når sagsbehandlerne har overblik over de mange forhold, som påvirker en sygemelding og foreslår tiltag, som sygemeldte opfatter som relevante, er potentialet tilstede for, at de sygemeldte kommer tilbage i job. Der er dog ingen garanti for, at sygemeldte kan vende tilba-

ge i job, for der er mange forhold, der har indflydelse på sygemeldingens længde, som hverken de sygemeldte eller sagsbehandlerne har kontrol over.

Lang ventetid på behandling og at nogle diagnoser er mere behandlingskrævende end andre, er eksempler på forhold, som forlænger sygeperioden, og som ligger uden for sagsbehandleren og den sygemeldtes kontrol. Tilsvarende øges varigheden af sygemelding, når der sættes ind med flere behandlingstiltag samtidig. En analyse der er gennemført af COME-BACK viser en tydelig sammenhæng mellem antal tiltag (fx speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut, smerteklinik, psykolog, psykiater) og længden af sygeperioden. Alt andet lige øges sygeperioden med 17 dage for mænd og 33 dage for kvinder for hvert ekstra tiltag, der sættes ind med. Foruden ventetid på behandling er flere samtidige tiltag ofte ikke koordinerede, har forskellige målsætninger, og inddrager ikke den sygemeldtes aktive medvirken. Det bidrager alt sammen til at fastholde den sygemeldte i en behandlingsrolle. Hvis passive behandlingstiltag vurderes som nødvendige, bør der iværksættes et kortvarigt intensivt forløb, hvorefter sagsbehandler og den sygemeldte sammen vurderer, om videre behandling er relevant. For at fremme den sygemeldtes aktive medvirken til at håndtere sin egen situation, er det vigtigt at kortlægge den sygemeldtes risikoprofil så hurtigt som muligt, og sammen med den sygemeldte finde relevante og effektive tiltag. Med inddelingen af de sygemeldte i 5 fokusgrupper kan sygemeldte med behov for lette tiltag hurtigere identificeres. Derved bliver der mere tid til at behandle sager hos sygemeldte med mere sammensatte behov. Det er således ikke målet med INDUCAS, at det skal erstatte sagsbehandlerens rolle, men derimod hjælpe sagsbehandleren med at få skabt et struktureret overblik over de forhold, som har betydning for den sygemeldtes situation. INDUCAS hjælper sagsbehandlerne med at afdække, hvilke borgere de skal fokusere ressourcerne på, for at indsatsen bliver mest effektiv. INDUCAS gør sagsbehandlerne og de sygemeldte i stand til sammen at udpege tiltag, som har betydning for sygemeldingen, også tiltag der omfatter pårørende og det sociale netværk.



6.0 IMPLEMENTERING AF INDUCAS

Da INDUCAS er et webbaseret system, der kun kræver et link, for at sagsbehandleren kan aktivere udsendelse af spørgeskema til borgeren, er der ingen krav til det eksisterende IT-system. Derudover er der tale om så enkelt et system, at selv ikke-IT kyndige, kan lære at anvende det på under 30 min. – både at aktivere udsendelse, samt at åbne de modtagne svar. INDUCAS er derved et yderst fleksibelt system, der kan aktiveres af alle i jobcentret med adgang til en pc. Det betyder også, at der ikke er ekstra arbejde ved eventuelle omstruktureringer eller udskiftning af personale. Det er også vigtigt at understrege, at INDUCAS er et værktøj til at hjælpe og støtte sagsbehandlerne i deres rådgivning af borgeren.

7.0 OPSUMMERING OG AFRUNDING

En sygemelding kan opstå som følge af en tydelig årsag. Ondt i ryggen som følge af et uventet tungt løft er et velkendt eksempel. Men mange sygemeldinger har ingen tydelig årsag, og sagsbehandlere har en klar fornemmelse af, at fysiske, psykiske og sociale forhold spiller en betydelig og kompleks rolle. Når årsagerne til sygemelding er komplekse, er det vanskeligt at foreslå tiltag, der kan hjælpe den sygemeldte. INDUCAS er et redskab, der samler og systematiserer oplysninger om komplekse forhold, der omfatter den sygemeldte og hjælper dermed sagsbehandlere til at få overblik.

Indledningsvis i denne rapport blev det beskrevet, hvorledes andelen af sygemeldte borgere har økonomiske konsekvenser for den enkelte kommune. Ligeledes blev det beskrevet, hvordan det er sagsbehandlere i den enkelte kommune, der varetager både borgerens og kommunens interesser. Vi finder det nødvendigt, at sagsbehandlere kan foretage beslutninger vedrørende indsats til borgere på et så oplyst baggrund som muligt. Gennem empiriske undersøgelser og sparring med fagfolk indenfor både beskæftigelses-, psykiatri-, medicin- og sundhedsverdenen, har vi fundet frem til, at INDUCAS skal konstrueres på fire overordnede grundsøjler: Arbejds- og funktionsevne, selv vurderet helbred samt motivation.

INDUCAS er et evidensbaseret redskab til screening af sygemeldte. INDUCAS er med til at give en bedre sagsbehandling og understøtter visitationsprocessen. Ved at identificere behov for en tidlig og målrettet indsats kan sygdomsperioden potentielt blive kortere og opleves mere relevant.

INDUCAS er et screeningsværktøj, som hjælper med at visitere den sygemeldte. Det gør INDUCAS ved at bruge oplysninger om den sygemeldtes situation til at beregne sandsynligheden for fortsat sygemelding ved opfølgning efter 11 uger. INDUCAS beregner den sygemeldtes fremtidige status ud fra oplysninger om fysiske, psykiske og sociale forhold. Det gør INDUCAS meget præcist. Faktisk kan INDUCAS korrekt forudsige fortsat sygemelding i mere end 80% af alle tilfælde. Når sagsbehandlere kender sandsynligheden for sygeforløbet, bliver visitationen meget mere præcis, og borgeren får de rigtige tilbud til rette tid.

På baggrund af ovenstående er INDUCAS det værktøj, som sagsbehandlere skal have til rådighed for at være i stand til at træffe beslutninger på det mest oplyste grundlag og dermed hjælpe borgerne på bedst mulige vis. For at hjælpe denne beslutningsproces yderligere på vej har analyserne baseret på INDUCAS identificeret en række nøgleprædiktorer, hvoraf nogle af disse kan ændres ved målrettede indsats. INDUCAS er således en hjælp til at fokusere den indsats, som sagsbehandleren og borgeren i fællesskab beslutter. INDUCAS er det værktøj, som sagsbehandlere skal have til rådighed for at være i stand til at træffe beslutninger på det mest oplyste grundlag og dermed hjælpe borgerne på bedst mulige vis.

Afslutningsvis skal det understreges, at hver enkelt borger og dennes situation er unik, og at INDUCAS skal ses som et supplement og en hjælp til sagsbehandleren.

Få mere at vide om INDUCAS på www.come-back.dk.

COME-BACK

Godthåbsvej 5
4290 Dianalund
(+45) 22 17 21 44
kontakt@come-back.dk

COME-BACK er en beskæftigelses- og sundhedsfaglig virksomhed, som er specialiseret i afklaring, vejledning og opkvalificering af borgere, der ikke indgår på arbejdsmarkedet af forskellige årsager. Vi kombinerer sundhedsfaglige og beskæftigelsesfaglige metoder til at flytte menneskers arbejdsmarkedsperspektiv og har de seneste 8 år haft markant succes med at bringe unge, sygemeldte og udsatte grupper ind på arbejdsmarkedet over hele landet.

COME-BACK har idrætsfysiologer, socialrådgivere, coaches og fysioterapeuter, som alle har stor faglig og personlig interesse i at hjælpe mennesker til et godt og produktivt liv på det danske arbejdsmarked.



REFERENCER

1. sygedagpengeregister Ks. www.jobindsats.dk: STAR-Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2017.
2. Dst.dk. NYT: Kortere perioder på sygedagpenge i 2015, 2016.
3. STAR. Kvantitativ evaluering af sygedagpengereformen: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering 2016.
4. Dst.dk. Sociale udgifter efter foranstaltning og tid: Danmarks statistik; 2017 [cited 2017 20. July]. Available from: <http://www.statistikbanken.dk/FRA0312017>.
5. Lagerstedt A. Hvad koster sygefravær? : Willis Towers Watson; 2016 [Available from: <http://website.willis.dk/nyheder-p2/nyhedsarkiv/hvad-koster-sygefravaer#> accessed 20. Juli 2017.
6. Sommer F. Udviklingen i sygefravær i Furesø kommune: Jobcenter Furesø, 2017.
7. Beskæftigelsesministeriet. Lov om ændring af lov om sygedagpenge, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. og forskellige andre love. In: Restsinformation.dk, ed. BE005853, 2014.
8. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51(2):230-42. doi: 10.1093/rheumatology/ker086 [published Online First: 2011/03/19]
9. Nieuwenhuijsen K, Faber B, H VJ, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(12) doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub3
10. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD006389. doi: 10.1002/14651858.CD006389.pub2 [published Online First: 2012/12/14]
11. Socialministeriet D. Vejledning om kommunal rehabilitering: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011.
12. Snekkevik H, Eriksen HR, Tangen T, et al. Fatigue and Depression in Sick-Listed Chronic Low Back Pain Patients. *Pain Medicine (Malden, Mass)* 2014;15(7):1163-70. doi: 10.1111/pme.12435
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.
14. Idler E, Russel L, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES Epidemiologic Follow-up study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2000;152(9):874-83.
15. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
16. Rosholm M, Sørensen K, Skipper L. Sagsbehandlerens betydning for udsatte borgeres jobchancer Beskæftigelses Indikator Projektet. København: Væksthusets Forskningscenter, 2017:27.
17. Prochaska J, Marcus B. The Transtheoretical Model: Applications to Exercise. *Advances in Exercise Adherence* 1994:161 - 80.
18. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine* 2004;58(12):2585-600.

19. Flaherty J, Richman J. Gender Differences in the Perception and Utilization of Social Support: Theoretical Perspectives and an Empirical Test. *Social Science of Medicine* 1989;28(12):1221-28.
20. Kiasuwa Mbengi R, Otter R, Mortelmans K, et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action--rapid review and expert consultation. *Syst Rev* 2016;5:35. doi: 10.1186/s12998-016-0113-z [published Online First: 2016/09/10]
21. Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, et al. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2010;20(3):275-92. doi: 10.1007/s10926-010-9261-5 [published Online First: 2010/11/09]
22. Valentin GH, Pilegaard MS, Vaegter HB, et al. Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: a systematic review of cohort studies. *BMJ Open* 2016;6(1):e007616. doi: 10.1186/s13643-016-0210-z [published Online First: 2016/02/26]
23. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. (1469-8978 (Electronic))
24. Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, et al. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. (1573-3688 (Electronic)) doi: 10.1007/s10926-017-9714-1
25. Vittinghoff E, Glidden DV, Shiboski SC, et al. *Regression Methods in Biostatistics: Linear, Logistic, Survival, and Repeated Measures Models*: Springer US 2012.
26. Marin TJ, Van ED, Irvin E, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; (6). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002193.pub2/abstract>.
27. Schaafsma FG, Whelan K, van dBAJ, et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; (8). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001822.pub3/abstract>.
28. van VM, van OSH, de VHC, et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; (10). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006955.pub3/abstract>.
29. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; (3). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011618.pub2/abstract>.

OM COME-BACK

Come-back er en beskæftigelses- og sundhedsfaglig virksomhed, som er specialiseret i afklaring, vejledning og opkvalificering af borgere, der ikke indgår på arbejdsmarkedet af forskellige årsager.

Vi kombinerer sundhedsfaglige og beskæftigelsesfaglige metoder til at flytte menneskers arbejdsmarkedsperspektiv og har de seneste 5 år haft markant succes med at bringe

unge, sygemeldte og udsatte grupper ind på arbejdsmarkedet, over hele landet.

Come-back har idrætsfysiologer, socialrådgivere, coaches og fysioterapeuter, som alle har stor faglig og personlig interesse i at hjælpe mennesker til et godt og produktivt liv, på det danske arbejdsmarked.

FOR MERE INFO OM INDUCAS, KAN DU KONTAKTE OS PÅ:

Come-back
Godthåbsvej 5
4290 Dianalund

(+45) 22 17 21 44

kontakt@come-back.dk