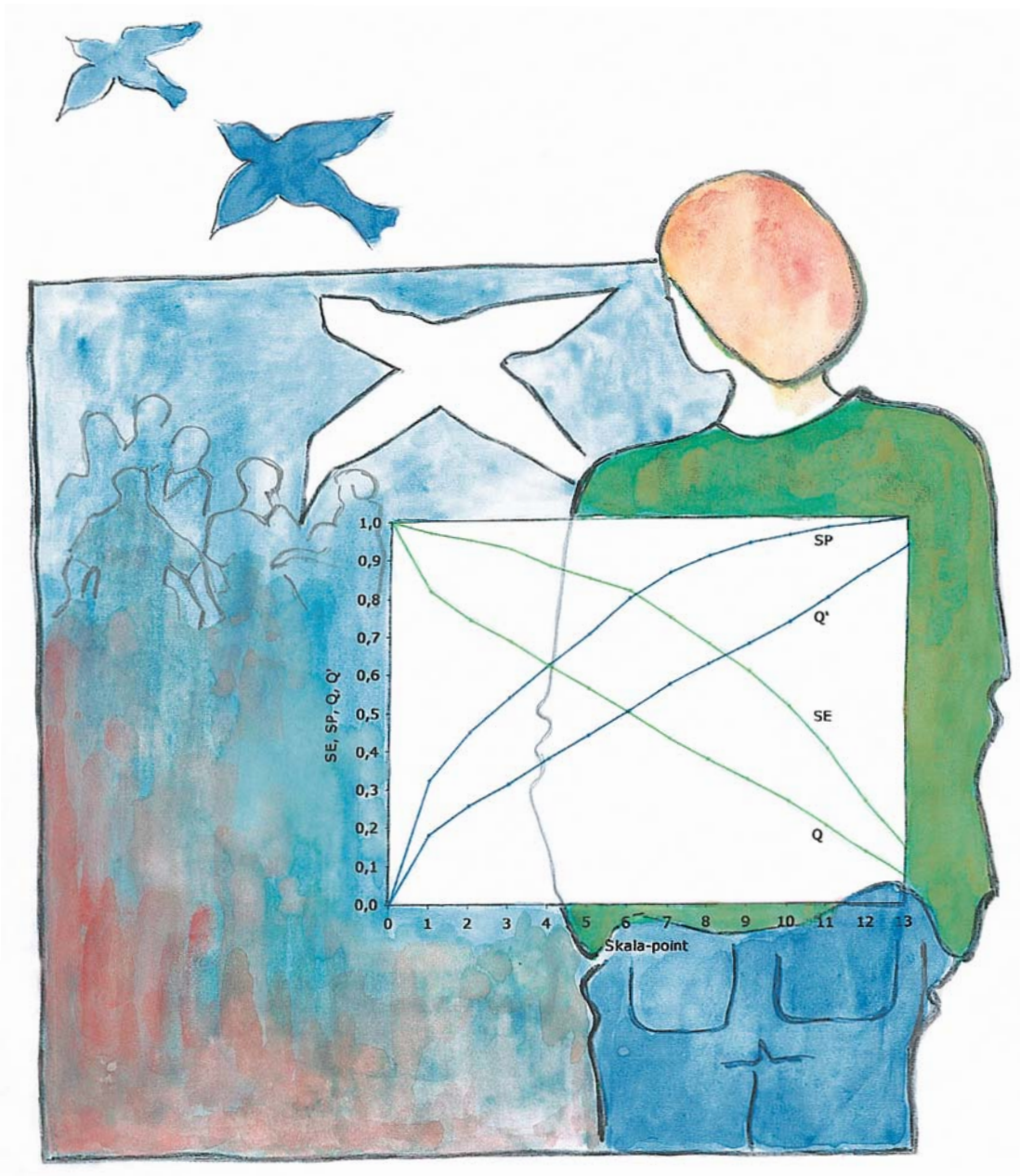


HANS JØRGEN SØGAARD

Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte



Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte

Hans Jørgen Søgaard
Regionspsykiatrien Herning
Gl. Landevej 61
7400 Herning

Udgivelsesdato: 14. november 2007

Undersøgelsen er finansieret af statslige psykiatripuljemidler.

© Forfatteren

ISBN nr.: 87-7788-162-1

Forsideillustration: Akvarel malet af Agnethe Clemmensen

Rapporten kan uden beregning rekvireres hos:

Regionshuset Holstebro
Lægårdvej 12
7500 Holstebro
Tlf.: 8728 5007

Grafisk Service 3350-07-129

Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte

Indholdsfortegnelse

Forord	7
1. Baggrund og formål med undersøgelsen	10
1.1 Baggrund	10
1.2 Formål	11
2. Arbejde, sygdom, sygemelding, tilbagevenden til arbejdsmarkedet og permanent ophør på arbejdsmarkedet	12
2.1 Teoretisk referenceramme	12
2.2 Arbejde	14
2.3 Sygdom og sygerolle	15
2.4 Sygemeldingen og sygemeldingsperioden	17
2.4.1 Lov og bekendtgørelse om sygedagpenge	17
2.5 Litteraturgennemgang	18
2.5.1 Komplexiteten af forskning vedrørende sygemelding	18
2.5.2 Lægers rolle ved sygemelding	19
2.5.3 Patientrelaterede, lægerelaterede og strukturelt relaterede faktorer med indflydelse på sygemeldingen	19
2.5.4 Værdi af sygemeldingserklæringer	20
2.5.5 Sygemeldingsdiagnoser	20
2.5.6 Sociodemografiske faktorer og livskvalitet	21
2.5.7 Psykisk lidelse og livskvalitet	21
2.5.8 Komorbiditet og livskvalitet	21
2.5.9 Risikofaktorer for stort sygefravær	23
2.5.10 Risikofaktorer for tilkendelse af førtidspension	24
2.5.11 Værdi af screening	26
2.5.12 Interventionsstudier	27
2.6 Sammenfatning	31
3. Studiepopulation, data, intervention og metode generelt	33
3.1 Studiepopulation	33
3.2 Intervention i den randomiserede kontrollerede undersøgelse	36
3.3 Data	37
3.4 Metode	42
3.5 Etik	45
4. Validering af Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ)	46
4.1 Resultater	51
4.2 Sammenfatning	60
5. Hyppighed af psykisk lidelse og komorbiditet	61
5.1 Resultater	61
5.2 Sammenfatning	69
6. Sociodemografiske forhold	70
6.1 Resultater	70
6.2 Sammenfatning	75

7.	Sygemeldingsdiagnoser	76
7.1	Resultater.....	76
7.2	Sammenfatning.....	79
8.	Livskvalitet	80
8.1	Resultater.....	80
8.2	Sammenfatning.....	94
9.	Opfølgning efter et år	95
9.1	Resultater.....	96
9.2	Sammenfatning.....	99
10.	Varighed af sygemeldinger	100
10.1	Resultater.....	101
10.2	Sammenfatning.....	115
11.	Bortfaldsanalyser	116
11.1	Resultater - Bortfald-1.....	117
11.2	Sammenfatning - Bortfald-1.....	123
11.3	Resultater - Bortfald-2.....	123
11.4	Sammenfatning - Bortfald-2.....	125
11.5	Analyse af afslag.....	125
12.	Sammenfatning	126
12.1	Baggrund.....	126
12.2	Formål.....	126
12.3	Undersøgelsens design.....	126
12.4	Hovedresultater af undersøgelsen.....	127
12.4.1	Referenceramme for rehabilitering og forskning.....	128
12.4.2	Rate for langtidssygemelding og sociodemografiske forhold.....	128
12.4.3	Validering af screeningsinstrument til opdagelse af psykisk lidelse.....	128
12.4.4	Hyppeghed af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte.....	132
12.4.5	Hyppeghed af uopdaget psykisk lidelse hos langtidssygemeldte.....	133
12.4.6	Konsekvens af screening af langtidssygemeldte.....	133
12.4.7	Hyppeghed af komorbiditet hos langtidssygemeldte.....	134
12.4.8	Livskvalitet hos langtidssygemeldte.....	134
12.4.9	Effekt af interventionen på livskvalitet, symptomatologi og sygemeldingsvarighed.....	135
12.4.10	Risikofaktorer for lang sygemelding.....	136
12.5	Diskussion af metode.....	137
13.	Perspektiver	140
	Ordforklaring	142
	Bilag	143
	Litteratur	158

Forord

Forord ved Afdelingsledelsen, Regionspsykiatrien Herning

Det er med stor glæde og stolthed, at Regionspsykiatrien Herning hermed kan præsentere Hans Jørgen Søgaards forskningsprojekt: "Styrkelse af behandlingen af patienter med angst og personlighedsforstyrrelser i samarbejde med praksis og primærkommuner".

Projektets idégrundlag er erfaringer om, at psykisk lidelse ofte er uerkendt ved langtidssygemeldinger.

Årsagerne hertil kan være mange:

Dels kan psykisk lidelse præsentere sig med legemlige symptomer, og diagnosticering går så i den retning.

Dels hersker der usikkerhed og måske uvilje både hos den syge samt i behandlingssystemet og det sociale system til at erkende, at det er psykisk lidelse, der er årsag til sygemelding.

Erfaringen viser således, at den psykiatriske undersøgelse ofte kommer meget sent i samarbejdet mellem den sygemeldte og kommunen - ofte som udelukkelsesårsag og en forklaring, der bliver tilbage, når legemlig lidelse er forsøgt udelukket ved flere andre speciallægeundersøgelser.

I Socialministeriets publikation: "Fælles værdier i indsatsen for mennesker med sindslidelse" angives værdigrundlaget: RESPEKT, FAGLIGHED OG ANSVAR.

I denne ministerielle udmelding betones, at det fælles værdigrundlag skal gøre sig gældende i samspillet mellem sundheds- og sociale sektoren med det formål at skabe sammenhæng i tilbuddene.

Således påtager samfundet sig ansvar for at skabe rummelighed og plads til mennesker med psykisk lidelse.

Faglighed som værdi sætter fokus på ligeværd, rummelighed og håb samt sikrer, at der ydes en indsats, der passer til den enkeltes behov.

Projektet "Styrkelse af behandlingen af patienter med angst og personlighedsforstyrrelser i samarbejde med praksis og primærkommuner" omfatter en undersøgelse med henblik på identifikation af mennesker i langtidssygemelding med speciel risiko for psykisk lidelse.

Projektet præsenterer meget væsentlige resultater, der godtgør, hvor hyppigt psykisk lidelse forekommer hos langtidssygemeldte, og der er udviklet et spørgeskema til tidlig opdagelse af tegn på psykisk lidelse hos langtidssygemeldte. Undersøgelsen viste ikke som forventet, at tidlig opdagelse af psykisk lidelse med deraf følgende tidlig igangsættelse af sædvanlig behandling og rehabilitering førte til en reduktion af sygemeldingsvarigheden inden for en opfølgingsperiode på et år. Undersøgelsens idégrundlag er, at tidsfaktoren - tidlig

indgriben - over for en psykisk lidelse på langt sigt er væsentlig for prognosen, hvilket forudsætter, at en psykisk lidelse er erkendt. Den tidlige erkendelse af psykisk lidelse førte til, at langtidssygemeldte i interventionsgruppen hurtigere kunne komme i traditionel behandling og rehabilitering. Undersøgelsens resultater indikerer, at der er behov for yderligere udvikling og forskning i, hvilken behandling og rehabilitering der skal til for at afkorte sygemeldingsvarigheden og dermed forbedre prognosen.

Projektets resultater giver - i forhold til erkendelse af psykisk lidelse og behandling heraf - et uhyre vægtigt bidrag til en bedre indsats over for den enkelte og dermed øgede muligheder for at undgå varig udelukkelse fra arbejdsmarkedet.

Undersøgelsen belyser væsentlige faktorer, der kan indebære forskellen mellem behandling med efterfølgende tilbagevenden til arbejdsmarkedet og varig udelukkelse her fra.

Grundlaget er at anerkende menneskesyn baseret på en viden om, at mennesker trives bedst i sociale sammenhænge, og at mennesker føler ansvar og helst vil arbejde og yde en indsats til gavn for sig selv og sin familie samt for samfundet. Der er brug for tilbud om undersøgelse og behandling og ikke gold kontrol.

Der er således tale om et videnskabeligt arbejde, hvis resultater giver uhyre store muligheder for at forbedre den enkeltes og dermed dennes families livskvalitet.

Foruden livskvalitet for den enkelte er der store samfundsøkonomiske værdier i spil i forhold til langtidssygemeldte:

- ▶ Den enkelte families svagere økonomi med deraf afledte problemer for børn og voksne
- ▶ Direkte udgifter
- ▶ Tillige den manglende arbejdskraft på arbejdsmarkedet
- ▶ Og endelig øget sygelighed på andre områder

Hans Jørgen Søgaards arbejde giver således ny og banebrydende viden i sammenhængen mellem psykisk lidelse og langtidssygemeldinger.

Det er tillige en viden, der er praktisk tilgængelig og derfor forventeligt nemt kan indgå i det daglige samarbejde mellem behandlingspsykiatri og de sociale instanser.

Afdelingsledelsen
Regionspsykiatrien Herning

Kirsten Krogh
Ledende oversygeplejerske

Birgitte Aagaard
Ledende overlæge

Forord ved forfatteren

Psykiske lidelser udgør en stor byrde for de psykisk syge selv, deres pårørende og samfundet. For samfundet skyldes byrderne især indirekte omkostninger til sygedagpenge og førtidspension. Der foregår en betydelig forskning med hensyn til afklaring af, hvilke faktorer der har betydning for sygdommelding. Årsagsfaktorerne er langt fra alene den bagved liggende medicinske sygdom, men omfatter også individuelle personlighedsmæssige forhold, sociale forhold for den sygemeldte, miljøfaktorer på arbejdspladsen og en række andre faktorer. Herværende rapport skal ses som et led i udredningen af forholdene omkring langtidssygemelding set ud fra et psykiatrisk perspektiv.

Det er velkendt fra undersøgelser i almen praksis, at psykiske lidelser er uopdagede i omkring halvdelen af tilfældene, hvilket kan skyldes, at flere psykiske lidelser ofte præsenterer sig med legemlige symptomer, hvorfor der især fokuseres på den legemlige sygdom. Den stigmatisering, der er forbundet med psykiske lidelser, kan også være en del af forklaringen. Imidlertid er det væsentligt at erkende tilstedeværelsen af en psykisk lidelse, idet samtidig tilstedeværelse af flere sygdomme komplicerer behandlingen af begge sygdomme. Rehabiliteringen i forhold til at vende tilbage til arbejdsmarkedet vanskeliggøres ved uopdaget psykisk lidelse og samtidig forekomst af flere sygdomme. Endelig er det et faktum, at jo længere tid, en psykisk lidelse har været ubehandlet, des vanskeligere er det i den sidste ende at blive helbredt for den.

Herværende rapport omhandler flere delundersøgelser angående langtidssygemeldte, der har været kontinuerligt sygemeldt i over otte uger uanset årsag til sygdommeldingen.

Én undersøgelse omhandler udvikling af et screeningsinstrument (spørgeskema), som skal udfyldes af den sygemeldte, og som kan anvendes i kommunernes arbejdsmarkedsafdeling til identifikation af sygemeldte med særlig stor risiko for at have en psykisk lidelse.

En anden undersøgelse omhandler hyppigheden af psykisk lidelse i en population af langtidssygemeldte samt uopdaget psykisk lidelse og samtidig forekomst af flere sygdomme, både i forhold til samtidig forekomst af flere psykiske sygdomme og i forhold til samtidig forekomst af legemlige og psykiske lidelser.

En tredje undersøgelse omhandler livskvalitet hos langtidssygemeldte.

En fjerde undersøgelse omhandler en randomiseret kontrolleret undersøgelse, hvor effekten af en psykiatrisk undersøgelse relativt tidligt i sygdommeldingen undersøges.

Idéen til undersøgelsen er opstået i forbindelse med skrivning af et stort antal speciallægeerklæringer til kommunale arbejdsmarkedsafdelinger. Her har indtrykket været, at en psykiatrisk speciallægeundersøgelse ofte er kommet sent ind i billedet, efter at personen har gennemgået flere undersøgelser med fokus på legemlige forhold uden resultat. Først når der ikke er fundet nogen forklaring ud fra disse forhold, kommer en psykiatrisk undersøgelse ind i billedet. Endvidere har indtrykket været, at nogle sygemeldte har været i gang med aktiviteter i arbejdsmarkedsafdelingen, hvor disse aktiviteter ofte er forløbet med et dårligt resultat. Ved den psykiatriske speciallægeundersøgelse har det dårlige resultat af disse aktiviteter været forståeligt, idet det har vist sig, at den sygemeldte har lidt af en depression eller angst, som har hindret personen i at have succes med ovennævnte aktiviteter. Ud fra denne erfaring opstod derfor den tanke, at det ville være hensigtsmæssigt, hvis der kunne udvikles instrumenter til tidlig opdagelse af psykisk lidelse for sygemeldte, således at kommunens arbejdsmarkedsafdeling i tilfælde, hvor der er indikation for dette, kan rekvirere en psykiatrisk speciallægeundersøgelse. Problemet for den sygemeldte bliver ikke mindre af, at behandlingsvarigheden for en depression ofte er flere måneder, og erkendes depressionen først sent i forløbet af en sygdommelding, vil den sygemeldte ofte komme i problemer med varighedsbegrænsningen for sygdommeldinger.

Muligheden for at undersøge psykiske forhold ved sygdommelding opstod, da undertegnede fik ansættelse som overlæge ved Regionspsykiatrien Herning (daværende Psykiatrisk Afdeling Herning). Kort tid efter ansættelsen forelå der en bevilling fra Ringkjøbing Amt til undersøgelsen, hvorefter der blev udarbejdet protokol for undersøgelsen. Der blev rettet kontakt til de deltagende kommuner om, hvorvidt de var interesserede i at deltage i undersøgelsen, og efter ansættelse af en projektmedarbejder blev protokollen tilpasset i forhold til arbejdsgangen i kommunerne, og der blev udarbejdet konkrete aftaler for deltagelse i projektet. De deltagende kommuner er Egvad, Herning, Holmsland, Ringkøbing, Skjern og Videbæk kommuner i det tidligere Ringkøbing Amt. Dataindsamlingen kunne begynde den 1. november 2004 og blev afsluttet ved udgangen af 2006, hvorefter det afsluttende analysearbejde og rapportskrivning kunne færdiggøres.

Undersøgelsen har ikke kunnet lade sig gennemføre uden velvillighed fra mange andre parter side. Der skal derfor lyde tak til følgende: Tak til psykiatrilæden i Ringkjøbing Amt og afdelingsledelsen i Regionspsykiatrien Herning for at have givet mulighederne for at gennemføre undersøgelsen og tilvejebringelse af de økonomiske midler. Fra deres side har mottoet været at udvikle kvalitet og forskning som led i et inspirerende og udviklende afdelingsmiljø. I en tid med mangel på psykiatriske speciallæger er der god brug for psykiatriske speciallæger i det kliniske arbejde, men på trods af dette har afdelingen fritaget undertegnede for klinisk arbejde i de ca. tre år, undersøgelsen har stået på. Derfor skal der samtidig lyde tak til kolleger i Regionspsykiatrien Herning. Tak til projektmedarbejder Bodil Waldstrøm, som med stor stringens, akkuratse og blik for detaljer har styret og haft overblik over de store datamængder i undersøgelsen. Endvidere tak til hende for hendes store indsigt i databehandling. Uden hendes ekspertise ville det ikke have været muligt at udarbejde en rapport med den indholdsmæssige kvalitet og udformning, som den har fået. Tak til de deltagende kommuner, med hvem der i undersøgelsens startfase var givtige drøftelser om den praktiske gennemførelse af undersøgelsen og de etiske aspekter af denne. En særlig tak til de medarbejdere i kommunerne, der har bistået med den løbende dataindsamling. Rapportens forsideillustration er lavet af kvalitetskoordinator Agnethe Clemmensen, Regionspsykiatrien Herning, hvorfor der også skal rettes en tak til hende. En tak til Psykiatrisk Forskningsbibliotek på Århus Universitetshospital Risskov for litteratursøgninger og fremskaffelse af litteratur. Endvidere en tak til Forskningsklinikken for funktionelle lidelser og Kaj Sparle Christensen for faglige diskussioner omkring anvendelsen af spørgeskemaet Common Mental Disorders Screening Questionnaire. Undersøgelsen har været tidsrøvende, hvilket har betydet, at min familie, og især min hustru Elin og mine børn Claus, Christian, Annette og Dorthe har måttet lide afsavn. Derfor en stor tak til dem for deres tolerance. Til sidst, men ikke mindst, skal der rettes en tak til de langtids-sygemeldte, der har deltaget i undersøgelsen; for uden disses medvirken ville undersøgelsen ikke have været mulig.

Det har været ambitionen i formidlingen af resultaterne at spænde vidt. Dels har det været hensigten at lave en videnskabelig rapport med datadokumentation og dokumentation for metoder, og dels har det været ambitionen at lave en rapport, hvor resultaterne formidles til den bredest mulige skare i sundhedsvæsenet og kommunerne. Dette har udgjort et di-

lemma, idet den videnskabelige dokumentation kan gøre visse afsnit tunge at læse og dermed uinteressante for læsere, der mest er interesserede i resultaterne. Kapitlerne er derfor, for læsere, der har interesse i den videnskabelige dokumentation, bygget op med et metodeafsnit, og for læsere, der hovedsageligt har interesse i resultaterne, er der i slutningen af hvert afsnit lavet en sammenfatning af delundersøgelsesernes hovedresultater. Endvidere udgør Kapitel 12 en sammenfatning af hele undersøgelsen. Rapporten er skrevet af en læge, hvorfor der forekommer en del lægefaglige udtryk, og der er derfor lavet en ordforklaring af de hyppigst forekommende lægefaglige udtryk.

Undersøgelsen er finansieret af statslige psykiatripuljemidler.

Herning, den 15. august 2007

Hans Jørgen Søgaard
Overlæge, Ph.D.

1. Baggrund og formål med undersøgelsen

1.1 Baggrund

Hyppigheden af psykisk lidelse i befolkningen er høj. I en oversigtsartikel af Wittchen & Jacobi [1] fandtes, at 12-måneders prævalensen af psykisk lidelse af enhver art var 27%, 12% for angstlidelser, 9% for affektive lidelser, 2,6% for psykotiske lidelser og 3,4% for misbrug. Alonso et al. [2] har i en anden undersøgelse fundet lavere hyppigheder for 12-måneders prævalenser på 9,6% for psykisk lidelse af enhver art, 6,4% for angstlidelser, 4,2% for affektive lidelser og 1,0% for alkoholmisbrug. Bijl et al. [3] har fundet 12-måneders prævalenser for de tilsvarende lidelser på henholdsvis 23,2%, 12,4%, 7,6% og 4,6%. Olsen et al. [4] har i en nylig dansk undersøgelse fundet, at 14-dages prævalensen af depression i Danmark er på 4,1% i henhold til ICD-10 og 3,3% i henhold til DSM-IV. I denne undersøgelse fandtes, at den sædvanligt fundne dobbelte hyppighed af depression hos kvinder i forhold til mænd kun gjaldt for lette og middelsvære depressioner, hvorimod hyppigheden var ens for svære depressioner. De varierende fund af prævalenser er formentlig afhængige af metodologiske forskelle og forskellige kriterier for psykisk lidelse.

Psykiske lidelser forårsager store byrder for den syge selv og for samfundet [5-11]. For samfundet vejer psykiske lidelser relativt tungt med hensyn til økonomiske byrder sammenlignet med andre lidelser, hvilket fremgår af en europæisk undersøgelse af 12 hjernesygdomme, der viste, at de mest omkostningsbetonede lidelser, når indirekte omkostninger til sygedagpenge og nedsat produktivitet blev inkluderet, var affektive lidelser efterfulgt af misbrug, demens, angstlidelser og psykotiske lidelser [5]. WHO's Burden of Disease Unit har fundet, at depression udgjorde den fjerde vigtigste årsag til byrde af sygdom i 1990, og at den forventes at blive den vigtigste enkeltårsag i 2020 [11].

Sygefraværet for 20-64-årige frembyder internationale variationer. For sygefravær på én uge eller derover har hyppigheden i Danmark, Finland, Frankrig, Tyskland og UK været relativt stabil, under 2,5% fra 1983-2000, hvorimod hyppigheden i Norge, Sverige og Nederlandene har været fluktuerende, i Norge mellem 2,5% og 4,3%, i Sverige mellem 2,5% og 5,7% og i Nederlandene mellem 3,0% og 5,3% [12]. De internationale variationer i sygefraværet skyldes formentlig forskelle i administrative systemer, rettigheder til sygedagpenge, varighedsbegrænsninger, beløbsgrænser, samt hvilke instanser der administrerer reglerne [13]. I Sverige har sygefravær over 360 dage været omtrent dobbelt så hyppigt som i Danmark, i Norge på niveau med Danmark og i Finland mindre.

Det totale danske sygefravær har i en årrække ligget på ca. 5% af arbejdsstyrken, svarende til at 141.000 helårspersoner er sygemeldte hele året. Udgifterne til forsørgelse under sygdom koster omkring 39 mia. kr., hvoraf 27 mia. betales af arbejdsgiverne. Hertil kommer produktionstab for virksomhederne. Det samlede sygefravær er faldet, svarende til 9.000 helårspersoner eller 6% siden 2000, men det lange sygefravær, specielt over 13 uger, har været stigende fra 2002 til 2004 [14]. Tal fra Danmarks Statistik viser, at der aktuelt er indtrådt en stigning i den gennemsnitlige sygefraværperiode pr. sygedagpenge-modtager fra 64 dage i 2005 til 67 dage i 2006 [15].

Ud over det samfundsøkonomiske aspekt af sygefravær har sygefravær stor indflydelse på den enkelte sygemeldtes velbefindende og livskvalitet. Jo længere tids sygefravær, jo større er risikoen for, at den sygemeldte bliver marginaliseret i forhold til arbejdsmarkedet. Sygefravær reducerer den sygemeldtes selvværd [16].

Den aktuelle debat i Danmark er meget optaget af at få reduceret sygefraværet, hvilket er særligt aktuelt i en tid, hvor arbejdsløsheden er lav. Dette har ført til initiativer på en lang række områder, herunder en styrkelse af forskningen inden for området [16, 17].

Sygefravær skyldes mange andre faktorer end den specifikke sygdom i sig selv, hvorfor forskning i dag tager udgangspunkt i forståelsen af sygefravær ud fra en biopsykosocial model. Faktorer som fysisk og psykisk arbejdsmiljø, samfundets indretning og personlige faktorer som sygdommen, sygdomsopfattelse, troen på at kunne vende tilbage til arbejde og motivation for arbejde bliver af betydning. Tidligere blev arbejde i højere grad end i dag betragtet som en aktivitet for tilvejebringelse af økonomiske midler til at leve for, til at arbejde i dag udgør et middel til opnåelse af personlige ambitioner. Tidligere tiders rutineprægede fysiske arbejdsformer medførende fysisk nedslidning er i dag i større grad erstattet af arbejdsformer, der kan være psykisk stressende og nedslidende. De forskellige faktorer vekselvirker med hinanden, idet nogle arbejdstagende trives med nutidige arbejdsformer, mens andre stresses deraf. Imidlertid fremgår det af statistikker og forskning inden for området, at psykiske lidelser i dag spiller en større rolle for fravær end tidligere.

1.2 Formål

På denne baggrund må temaet psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte anses for et relevant forskningstema, og det er temaet for herværende rapport. Temaet er grebet an ved at undersøge den psykiske sygelighed i en population af nytilkomne langtidssygemeldte over et år i seks kommuner i det tidligere Ringkøbing Amt ud fra en psykiatrisk synsvinkel. De specifikke mål med undersøgelsen er følgende:

- ▶ En del undersøgelser har fundet, at forekomsten af psykisk sygelighed hos personer, der søger almen praksis, ikke erkendes i omkring halvdelen af tilfældene. Et mindre antal undersøgelser har fundet, at der er underrapportering af eksisterende psykisk lidelse i sygemeldingserklæringer til myndigheder, der behandler rehabilitering af sygemeldte med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Den manglende opdagelse af psykisk lidelse kan hænge sammen med, at psykisk lidelse ofte præsenterer sig med somatiske (legemlige) symptomer. Stigmatisering i forbindelse med psykisk lidelse kan formentlig også spille ind. Manglende kendskab til en psykisk lidelse må formodes at give kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger et dårligere grundlag for rehabilitering af sygemeldte. På denne baggrund er det et formål med undersøgelsen at validere et screeningsinstrument (spørgeskema), der er udviklet til identifikation af psykisk lidelse i almen praksis til anvendelse i kommunale arbejdsmarkedsafdelinger.
- ▶ Undersøgelser af, hvor hyppigt psykisk lidelse forekommer i en population af langtidssygemeldte, er baseret på oplysninger om sygemeldingsdiagnoser, men da det er undersøgelsens hypotese, at der foregår en underrapportering af psykiatriske diagnoser i de sygemeldingsdiagnoser, der afgives til arbejdsmarkedsafdelingerne, er det et formål på basis af en standardiseret psykiatrisk undersøgelse at undersøge hyppigheden af psykisk lidelse i en population af langtidssygemeldte. Et delmål er at undersøge hyppigheden af uopdaget/urapporteret psykisk lidelse.
- ▶ Komorbiditet, som betyder samtidig forekomst af flere sygdomme, har vist sig at øge både den psykiatriske og somatiske sygelighed samt at nedsætte livskvaliteten. Komorbiditet kan være en af forklaringerne på underrapportering af psykisk lidelse. Den stigmatisering, der kan være forbundet med at have en psykisk lidelse, kan føre til, at der ved samtidig forekomst af en somatisk lidelse og en psykisk lidelse kun oplyses om den somatiske lidelse. Formålet er derfor at undersøge hyppigheden af komorbiditet af flere samtidige psykiske lidelser og samtidig forekomst af somatisk og psykisk lidelse.
- ▶ Med baggrund i manglende kendskab til hyppigheden af psykisk lidelse og hyppigheden af komorbiditet er livskvaliteten hos langtidssygemeldte ukendt. Ligeledes er det uafklaret, hvorledes den nedsatte livskvalitet fordeler sig i forhold til psykisk lidelse og somatisk lidelse. Et formål er derfor at undersøge livskvaliteten hos langtidssygemeldte.
- ▶ Det er en hypotese i undersøgelsen, at manglende kendskab til tilstedeværelse af en psykisk lidelse vil forringe arbejdsmarkedsafdelingens muligheder for rehabilitering af den sygemeldte med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Det er følgende et formål i en randomiseret kontrolleret undersøgelse at afklare, om tidlig opdagelse af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte vil forøge hastigheden, hvormed langtidssygemeldte vender tilbage til arbejdsmarkedet. I den randomiserede kontrollerede undersøgelse fik langtidssygemeldte i interventionsgruppen foretaget en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse med efterfølgende rådgivning til arbejdsmarkedsafdelingen og den langtidssygemeldtes praktiserende læge, hvorimod dette ikke var tilfældet for kontrolgruppen.

2. Arbejde, sygdom, sygemelding, tilbagevenden til arbejdsmarkedet og permanent ophør på arbejdsmarkedet

2.1 Teoretisk referenceramme

I dette kapitel belyses den teoretiske referenceramme, inden for hvilken sygefravær i herværende undersøgelse kan forstås. Overskriften på afsnittet hedder arbejde, sygdom, sygemelding, tilbagevenden til arbejdsmarkedet og permanent ophør på arbejdsmarkedet. Rækkefølgen af ordene i overskriften er ikke tilfældig, idet den beskriver en proces.

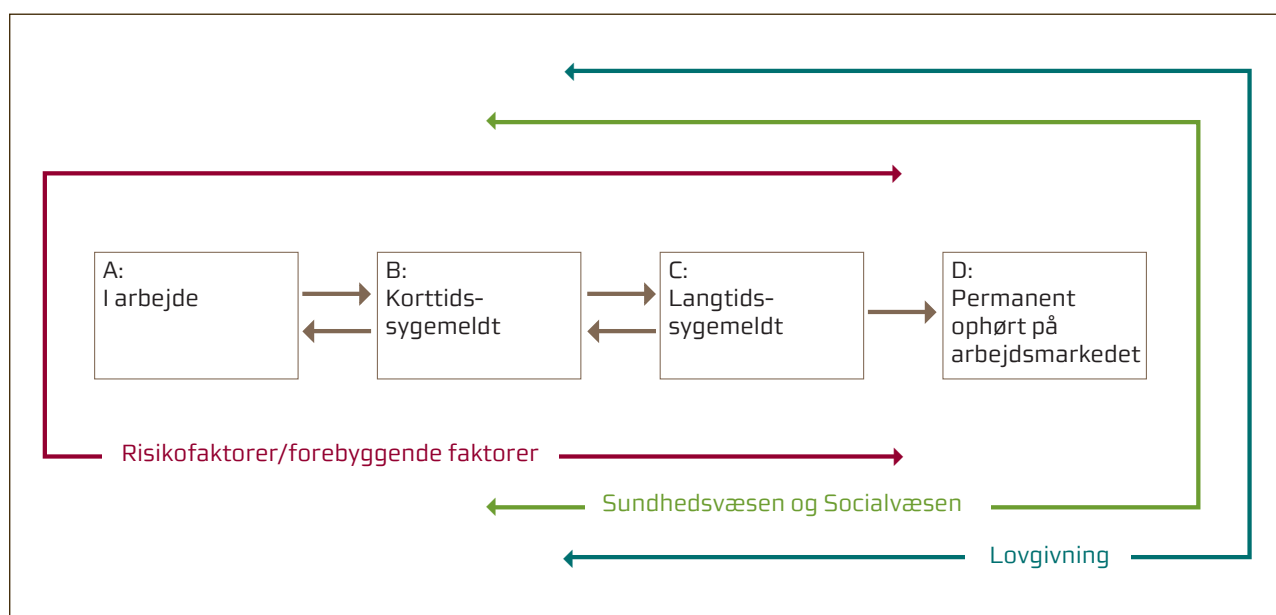
Den begrebsmæssige ramme tager udgangspunkt i en model lanceret i en ph.d.-afhandling af Labriola, *The dynamic work disability model* [18] (se Figur 2.1).

Modellen er i Labriolas udgave beregnet til analyse af arbejdsmarkedsfaktorerens relation til sygemelding, men modellen findes at udgøre en struktur for forståelse af sygemelding og ophør på arbejdsmarkedet i mere generel forstand, hvorfor den i herværende undersøgelse er modificeret til at rumme forståelsen af sygemelding i et bredere perspektiv. Dette har betydet, at teksten i punkt D, som i Labriolas model lyder "permanent udstødelse", i herværende undersøgelse er ændret til "permanent ophør på arbejdsmarkedet" ud fra den betragtning, at "udstødelse" antyder, at ophør på arbejdsmarkedet er

en situation, hvor en person lukkes ude fra arbejdsmarkedet af faktorer relateret til arbejdsmarkedet. Udgangspunktet i herværende undersøgelse er, at ophør på arbejdsmarkedet både kan skyldes, at arbejdsmarkedet ikke er i stand til at rumme en given person, men også, at der kan være individbaserede forhold som årsag til permanent ophør på arbejdsmarkedet. Begreberne risikofaktorer og forebyggende faktorer i herværende model lyder i Labriolas model "workplace policies and practices". Ændringen er foretaget for at inddrage andre faktorer end arbejdsmarkedsrelaterede.

Uanset denne modifikation af modellen er den anvendelig i herværende sammenhæng. I sit udgangspunkt er den enkel, men den rummer en struktur til forståelse af begreberne arbejde, sygefravær, langtidssygemelding, tilbagevenden til arbejdsmarkedet og permanent ophør på arbejdsmarkedet. Det interessante i modellen er faseopdelingen. Hvilke faktorer betinger en bevægelse fra venstre til højre og modsat? Modellen giver ikke mulighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter ophør på arbejdsmarkedet, men det kan forekomme, at en person, der eksempelvis er tilkendt førtidspension, vender tilbage til arbejdsmarkedet.

Figur 2.1 Modificeret udgave af The Dynamic Work Disability Model til at omfatte andre risikofaktorer og forebyggende faktorer end work disability



Kilde (modificeret): Labriola, M. [18]

Modellen forudsætter primært, at en person har eller har haft tilknytning til arbejdsmarkedet, og omfatter således ikke personer, der aldrig har opnået at have en tilknytning til arbejdsmarkedet, og modellen omfatter heller ikke umiddelbart fravær fra arbejde på grund af arbejdsløshed, men den kan udvides til at omfatte dette.

Modellen giver mulighed for at strukturere undersøgelser med henblik på at klarlægge årsager til sygefravær, idet andre forhold ud over tilstedeværelsen af en sygdom i sig selv influerer på bevægelse i modellen, så som arbejdets karakter, beskæftigelsessituationen, sygdomsadfærd, individuelle forhold, alder, køn, socioøkonomiske forhold, den sygemeldtes sygdomsopfattelse og motivation. Betydningen af de nævnte forhold kan variere afhængigt af, hvor man befinder sig i modellen.

Sygefravær er i modellen beskrevet som en proces, der foregår over tid, hvorfor det er nærliggende at faseopdele modellen efter varigheden af sygefraværet. Dette afspejler sig i megen forskning angående sygefravær, hvor der opereres med forskellige længder af sygefravær, og hvor langtidssygemelding defineres ud fra et kontinuerligt sygefravær, bestemt ved et antal dage eller uger. Dette gør sig også gældende i officielle statistikker over sygefravær. Det hensigtsmæssige ved en faseopdeling baseret på varighed er, at faseopdelingen er relativt let at operationalisere. Varighedskriterier gør sig også gældende i lovgivningen. I den danske lovgivning opereres med opfølgingsperioder af otte ugers varighed, og varighedsbegrænsningen for modtagelse af sygedagpenge er på 52 uger (med mulighed for forlængelse efter bestemte kriterier) [19-22].

I realiteten er sygefraværprocessen mere kompliceret end som så, hvilket bl.a. fremgår af, at der i litteraturen ikke findes en entydig varighedsdefinition af langtidssygemelding.

I det følgende skal beskrives et par modeller til belysning af kompleksiteten af sygefraværprocessen, som kan danne grundlag for kvalificerede undersøgelser af, hvilke faktorer der kan influere på bevægelsen fra venstre mod højre og omvendt i modellen. Forskning i sygefravær handler i vid udstrækning om at identificere faktorer, der øger eller reducerer risikoen for at bevæge sig mod højre i modellen, således at der kan forebygges over for risikofaktorer, der fremmer, og sættes ind med interventioner, der hindrer bevægelsen mod højre. Anden forskning handler om at identificere faktorer, der fremmer bevægelsen fra højre mod venstre i modellen, inklusive rehabilitering.

Franché & Krause [23] har beskrevet en teoretisk model, der sammenfatter to modeller: 1) *The phase model of occupational disability* og 2) *The readiness for change model*. *The phase model* refererer til, at sygefravær og udviklingen af *disability* (manglende evne til at foretage normale dagligdags aktiviteter) er en udvikling, der sker over tid. Der findes under denne

model flere fasespecifikke modeller, som opererer med et forskelligt antal faser, men princippet er det samme, at risikofaktorerne og deres interaktioner med sociale forhold varierer med tiden i sygefraværprocessen. Det samme er tilfældet med de interventioner, der skal indvirke på bevægelse i modellen. Modellen har vist sin værdi i empiriske studier.

Den anden model, *The readiness for change model*, anskuer motiverende faktorer og adfærd med hensyn til at vende tilbage til arbejdet. At vende tilbage til arbejdet er begrebsmæssigt en kompleks, menneskelig adfærdsforandring, som involverer fysisk helbredelse, motivation, adfærd og interaktion med en række andre parter, som er involveret i helbredelsesprocessen og tilbagevenden til arbejdet. Modellen opererer med fem faser: 1) *Precontemplation* (førovervejelse), 2) *Contemplation* (overvejelse), 3) *Preparation for action* (forberedelse), 4) *Action* (handling) og 5) *Maintenance* (fastholdelse). *Precontemplation* er en fase, hvor den sygemeldte endnu ikke har tanker om at vende tilbage til arbejdet. Alle kræfter er rettet mod helbredelsen. *Contemplation*-fasen er en fase, hvor den sygemeldte begynder at tænke på at vende tilbage til arbejdet engang i fremtiden, men uden aktivt at være engageret i at lave planer for dette. Denne fase er ofte præget af ambivalens med reservation over for initiativer, der skal føre tilbage til arbejdet. I *preparation for action*-fasen begynder den sygemeldte at lave planer for at vende tilbage til arbejdet i nær fremtid, og i *action*-fasen sætter den sygemeldte gang i planen og går eventuelt tilbage til arbejdet med nedsat aktivitet. I *maintenance*-fasen er den sygemeldte igen gået i arbejde, men der er stor opmærksomhed på identifikation af risikosituationer, som kan udløse et tilbagefald. Der opereres med tre dimensioner: *decisional balance*, *self efficacy* og *change processes*. *Decisional balance* er overvejelser for og imod at gå i arbejde. *Self efficacy* er tiltroen til, at man kan klare at gå i arbejde, og *change processes* er selve adfærden. Hvert stadium er afhængigt af interaktionen med sundhedssystemet, arbejdspladsen og forsikringssystemet (sygedagpenge-systemet), og modellen beskriver kognitive og adfærdsmæssige dimensioner i denne proces. Begge modeller foregår over tid, og de interagerer med hinanden, hvorfor det er hensigtsmæssigt at anskue dem i en sammenfattende model.

En anden model af Verbrügge & Jette [24] beskrives i en artikel *The disablement process*. Modellen er i sin grundstruktur følgende:

Pathology → *Impairment* → *Functional limitations* → *Disability*

Udgangspunktet er patologien, som refererer til de anatomiske, biokemiske og fysiologiske forandringer, der indtræder i forbindelse med sygdom. Patologien konstateres med traditionelle lægevidenskabelige undersøgelser. Der kan være patologi til stede, uden at den har indflydelse på næste trin, som er *impairment* (svækkelse). Selvom en person lider af en sygdom, behøver det ikke at medføre nogen svækkelse af

personen, men det vil ofte være tilfældet. *Impairment* refererer til dysfunktioner i kroppens biologiske/psykiske systemer som følge af patologien, uden at dette nødvendigvis giver anledning til funktionsbegrænsninger. Graden af *impairment* måles også med traditionelle lægevidenskabelige metoder. Næste trin er *functional impairments*, hvor der er indtrådt funktionsbegrænsninger, som refererer til begrænsninger i personens fysiske og psykiske formåen. Det er væsentligt at holde dette niveau adskilt fra det fjerde niveau, *disability*, som refererer til indskrænkning af aktiviteter i tilværelsen. Processen kan illustreres med et eksempel som kronisk obstruktiv lungelidelse. De patologiske forandringer er den nedbrydning og forandring, der er sket i lungevævet, og det konstateres ved forekomst af medicinske symptomer eller medicinske undersøgelser. *Impairment* er den nedsatte kapacitet i lungefunktionen, og også dette konstateres med traditionelle medicinske metoder, som eksempelvis lungefunktionsundersøgelse. En nedsat lungefunktion kan medføre funktionelle begrænsninger, *functional limitations*, som for eksempel reduceret gangdistance og anden reduktion af fysisk aktivitet. Dette kan igen føre til *disability*, som er den begrænsning i livsførelsen, som de funktionelle begrænsninger forårsager, eksempelvis manglende evne til at holde hus, nedsat evne til social aktivitet eller nedsat arbejdsevne. Det er væsentligt at holde stadierne adskilte, idet de interventioner (behandling eller forebyggelse), der skal iværksættes, er specifikke i forhold til hvert stadium. Modellen beskriver faktorer, som kan påvirke processen i hvert stadium. Der opereres med risikofaktorer af epidemiologisk og demografisk karakter, som for eksempel køn og alder samt social status, livsstil og psykologiske faktorer. Dette er faktorer, som er til stede forud for debuten af patologien, men faktorer, som det videnskabeligt kan påvises, har indflydelse på *the disablement process*. Interventioner er aktiviteter, som sættes i gang af personen selv eller af andre instanser, hvis formål er at forhindre eller forsinke processen mod udvikling af *disablement*. Interventionerne er afhængige af de enkelte led i processen. Der kan i ovennævnte eksempel med patienten med kronisk obstruktiv lungelidelse være tale om en intervention, der griber ind i udviklingen af patologien og en tilstedeværende svækkelse, så som rygeophør og medicinsk behandling, der forbedrer lungefunktionen. Senere i processen kan der være tale om interventioner så som fysisk træning, der reducerer de funktionelle begrænsninger. Over for *disability* er der tale om kompenserende foranstaltninger, eksempelvis at flytte i et hus uden trapper eller at ændre en arbejdsfunktion. For patienter med psykisk lidelse kan det være sværere at beskrive hele processen, idet de patologiske forandringer fortsat er uklart beskrevet. Manglende intervention på hvert trin kan føre til, at der opstår nye sygdomme, der kan føre til en ny komplicerende *disablement process*. For en patient med kronisk obstruktiv lungelidelse kan manglende intervention føre til social isolation, og for så vidt social isolation kan antages at have forklarende betydning for udvikling af en depression, eventuelt hos en person med disposition for udvikling af depression, kan en ny *disablement process* sættes

igang. Dette vil føre til ny *impairment* med manglende energi og interesse og ved yderligere forværring en svækkelse af de kognitive funktioner, som igen kan føre til øget *disability*.

Ovennævnte modeller belyser kompleksiteten i sygemeldingsprocessen, og specielt hvordan processen er afhængig af interaktionen mellem individuelle og eksterne faktorer. En hensigtsmæssig forskningsstrategi og strategi for implementering af interventioner indebærer bevidsthed om, hvor man befinder sig i processen.

Herværende rapport forholder sig i faseinddelingen til en faseinddeling baseret på varigheden af en sygemelding, idet kriteriet for at indgå i undersøgelsen er nyopstået langtidssygemelding efter otte ugers kontinuerlig sygemelding. Undersøgelsen giver en status af forholdene gældende for de langtidssygemeldte ved otte ugers sygemelding og de første uger derefter. Herudover inkluderer undersøgelsen risikofaktorer, som ligger op til et år forud for sygemeldingen og i visse delundersøgelser følges de langtidssygemeldte i op til et år (enkelte lidt længere) efter inklusion i undersøgelsen.

Vejen til sygemelding indebærer, at en person har været i arbejde eller står til rådighed for arbejdsmarkedet som ledig eller, at personen er under uddannelse, samt at personen er blevet syg, hvorfor det kan være interessant at se på elementerne arbejde og sygdom.

2.2 Arbejde

I beskrivelsen af, hvad arbejde er, og hvad der motiverer folk til at gå på arbejde, tages udgangspunkt i Maslow's behovspyramide (se Figur 2.2) [25]. Denne figur beskriver en lagdelt pyramide af behov og drifter, i et hierarkisk system, der motiverer mennesker til at foretage sig aktiviteter, hvori arbejde indgår. De nederste behov er *fysiologiske behov* så som at få ilt, vand, protein og andre næringsstoffer. Når disse behov er tilfredsstillet, er det næste behov at *søge sikkerhedsbehov*, så som beskyttelse mod vind og vejr samt fjender, eksempelvis i boliger. Dernæst følger *tilhørsbehov*, som er af social karakter, at have venner, kæreste eller ægtefælle. Næste trin er *anseelsesbehov*, at være værdsat, at være respekteret eller at have status, berømmelse, anerkendelse og opmærksomhed. Maslow kalder disse fire typer af behov for *mangelbehov*, idet der i behovene ligger, at individet føler, at det mangler noget, hvis ikke vedkommende har det. Det femte niveau af behov er ikke et mangelbehov, men en i mennesket iboende drift til personlig vækst eller det "at være", *vækstbehov*, også kaldet *selvaktualisering*. Her er tale om et niveau, hvor man føler sig kompetent, man mestrer det, man har sat sig som mål, og man føler sig tillidsfuld i forhold til sig selv og andre, uafhængig og fri. Modellen omfatter, at lavere behov til en vis grad er opfyldt, inden behovene i de overliggende niveauer bliver aktuelle.

Eksempelvis vil man i mindre grad være interesseret i at opfylde sociale behov, hvis ens basale sikkerhedsbehov ikke er opfyldt. Arbejde indgår som et element i opfyldelsen af fysiologiske behov, sikkerhedsbehov, tilhørsbehov, og i tiltagende grad i opfyldelsen af anseelsesbehov og vækstbehov.

Figur 2.2 Maslow's behovspyramide



Thyssen [26] har i en artikel fra slutningen af 1970'erne beskrevet arbejde i relation til behov, og han beskriver en indre modsætning i det at have et arbejde. På den ene side beskriver han det *vitale arbejde*, og på den anden side *lønarbejdet*. Det vitale arbejde er direkte rettet imod tilfredsstillelse af behov og vil ofte være meningsfyldt og måske endda lystbetonet, fordi det i sig selv er med til at opretholde og forbedre tilværelsen. Det kan være praktiske aktiviteter som at lave mad, passe børn og hjælpe andre. Det vitale arbejde føles meningsfuldt og lystbetonet, idet det er direkte relateret til tilfredsstillelse af fysiske og sociale behov. I modsætning til det vitale arbejde er lønarbejdet normalt ikke forbundet med en direkte behovs-tilfredsstillelse. Tilfredsstillelsen af behov foregår indirekte via den løn, man får for arbejdet. Lønarbejdet er styret på to måder, dels skal det planlægges og koordineres, dvs. der ligger en tidsvang i lønarbejdet, og dels er arbejdet i reglen hierarkisk, dvs. at de mennesker, som har magt over arbejdet, og de mennesker, som udfører arbejdet, sjældent er de samme. Lønarbejdet er styret af økonomi, hvorved den umiddelbare glæde ved arbejdet er forsvundet, det er afvitaliseret.

Artiklen er skrevet i en periode, der var præget af arbejdsløshed, og hvor arbejdet i højere grad end i dag var præget af

rutineprægede, industrielle aktiviteter, der var tilrettelagt i en fast tidsramme. Sygdomme, der opstod som følge af arbejdet, skyldtes især fysisk nedslidning. Set i forhold til Maslow's behovspyramide fyldte fysiologiske behov og sikkerhedsbehov mere i relation til arbejdet, end det er tilfældet i dag. I dag tales om det "nye arbejde", hvor arbejdet er i hastig forandring, og afhængigt af, hvilken synsvinkel der anlægges, kan arbejdet betegnes som grænseløst, fleksibelt eller udviklende [25, 27]. Arbejdsfunktionerne er i vid udstrækning ændret, hvilket medfører øget nedslidning af psykiske funktioner. Lønarbejde kan stadig være et middel til opfyldelse af arbejdsgiverens behov, men den arbejdstagendes stræben efter opfyldelse af anseelsesbehov kan medvirke til øget stress og arbejdsbyrde.

Hertil kommer, at det at blive syg, hvad enten det skyldes en arbejdsbetinget lidelse eller ej med en iboende trussel om at blive sygemeldt og dermed eventuelt på sigt at miste sit arbejde, kan blive en hændelse, der kan true individets muligheder for opfyldelse af mere basale behov.

Der tales om arbejdslivets nye nedslidningsformer [28], hvor behovet for anerkendelse, succes på arbejdsmarkedet, rigdom, status og indflydelse er prioriteret højt medførende en streng arbejdsmoral. En persons identitetsfølelse er stærkt knyttet til lønarbejdet [29].

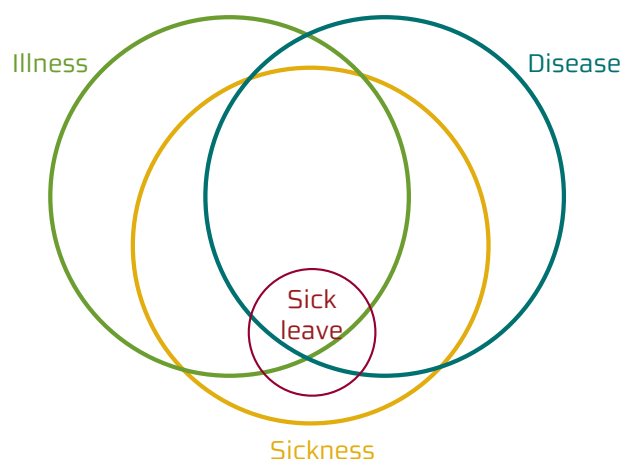
2.3 Sygdom og sygerolle

Pådragelse af sygdom indebærer en manglende evne eller trussel mod evnen til at opnå tilfredsstillelse via det vitale arbejde og lønarbejde. Når der tales om sygefravær eller rehabilitering ved sygdom, er fokus på genoptagelse af lønarbejdet. I det følgende skal begreberne sygdom og den dertil knyttede sygerolle ansues nærmere.

Alexanderson & Norlund [30] har foretaget en udredning af begrebet sygdom. Det danske ord "sygdom" svarer til det svenske ord "sjukdom", som er ord, der dækker over flere aspekter af det at være syg, hvorimod der på engelsk findes tre ord til dækning af dette begreb. *Disease* er den medicinske betegnelse, der retter sig imod de patologiske og fysiologiske forhold ved sygdom, det, der kan diagnosticeres af læger, og som udgør en specifik sygdom, som eksempelvis patologien ved lungekræft. *Illness* retter sig mod de symptomer, som personen oplever, det at føle sig syg. Begge begreber relaterer til kroppen, *disease* til patologien i kroppen og *illness* til symptomer fra kroppen. Begrebet *sickness* har derimod en anden dimension, som er den syges relation til omgivelserne i forbindelse med sygdom, den sociale rolle omfattende både rettigheder og forpligtelser. Figur 2.3 beskriver, hvorledes de tre begreber og sygefravær relaterer sig til hinanden. Det er langt fra alle, som har en specifik sygdom (*disease*), der føler sig syge (*illness*). Som følge af den manglende sygdomsfølelse

er de ikke omfattet af de rettigheder og forpligtelser, der ligger i begrebet *sickness*. At være syg indebærer ikke i sig selv at være sygemeldt. Andre personer kan føle sig syge (*ill*), uden at der kan påvises nogen sygdom (*disease*), og dette påvirker i stor grad de sociale aspekter af en sygdom. Personer med somatiseringstilstande omfatter personer, hvor der ikke kan påvises nogen sygdom, men hvor personerne føler sig syge, hvilket omfattes af sygdommens sociale implikationer, bl.a. i form af sygemelding (*sickness*). Det, at der ikke kan påvises patologiske eller fysiologiske forandringer, indebærer ikke, at sådanne ikke findes, men snarere den grad af viden/mangel på viden, der er inden for dette felt. Der foregår en betydelig forskning inden for feltet, som formentlig på sigt kan afklare den patologi og fysiologi, der er forbundet med somatoforme tilstande [31-33]. Der er således ikke tale om statiske grænser mellem de enkelte begreber. Det kan være forbundet med en særlig grad af stigmatisering, hvis der i forbindelse med *illness* og *sickness* ikke kan påvises en *disease*. Cirklen for sygefravær er mindre end de andre cirkler, fordi den største gruppe af de personer, der er syge i en af de tre betydninger, ikke er sygemeldte. En mindre del af cirklen for sygemelding illustrerer, at en lille gruppe personer er sygemeldte, uden at der er påvist en sygdom, og uden at de føler sig syge. Dette refererer til, at nogle personer kan være sygemeldte af andre grunde, eksempelvis arbejdsmarkedsforhold, fejlagnostisering og personer, der har sygemeldt sig selv af andre grunde end sygdom. I sidste tilfælde vil der ofte være tale om kortvarige sygemeldinger. I egentlig forstand ligger dette uden for rammerne af den danske lovgivning [19-22]. Personer, der er sygemeldte, er selvsagt alle omfattet af begrebet *sickness*, idet sygemelding er en af de rettigheder, der er forbundet med *sickness*.

Figur 2.3 Forholdet mellem *illness*, *disease*, *sickness* og sick leave



Kilde: Alexanderson & Norlund [30]

Alexanderson & Norlund beskriver endvidere Parsons sygerollemodel [30, 34]. Begrebet sygerolle ligger tæt op ad begrebet *sickness*. Parsons beskrev i de tidlige 1950'ere begrebet sygerolle i form af de rettigheder og forpligtelser, som sygdom medfører. Sygerollen giver den syge person to rettigheder, 1) at være fritaget for visse forpligtelser, som tilhører den normale rolle, og 2) den syge kan ikke blive rask på egen foranledning og kan derfor ikke holdes ansvarlig for tilstanden. Sygerollen indeholder endvidere to forpligtelser, 1) at personen skal opfatte sygerollen som en uønsket tilstand og ikke drage fordel af sygerollen samt vise motivation for at blive rask så hurtigt som muligt og 2) at personen skal søge behandling og være kooperativ med sundhedsvæsenet og andre instanser med hensyn til at blive rask. I denne proces er det ofte lægens rolle at legitimere sygerollen over for samfundet ved at afgive en sygemeldingserklæring og en sygemeldingsdiagnose. Parsons formoder, at den syge ikke ønsker at være syg og dermed ikke ønsker at være sygemeldt. Alexanderson & Norlund [30] refererer til Sachs [35], der har påpeget, at der kan forekomme situationer, hvor en person ønsker at være sygemeldt. For nogle personer er sygerollen deres vigtigste identitet, eksempelvis i form af særlig opmærksomhed. Det kan forekomme for alle, at man værdsætter en harmløs sygdom for midlertidigt at slippe for samfundets krav. For nogle kan det være udvejen for på en eller anden måde at have slået fejl, idet sygerollen legaliserer, at man fungerer på et lavere niveau, end det normalt forventes i den givne kontekst. I andre tilfælde kan sygerollen være udvejen på modsætningsfyldte forhold. Som eksempel nævnes, at det kan være udvejen for indvandrerkvinder i mødet med den vestlige kultur, hvor det forventes, at de bidrager til familiens økonomi ved at arbejde, i modsætning til den kultur, de kommer fra, hvor det forventes, at de er hjemmegående som husmødre.

Parsons model for sygerolle var den først beskrevne, men den har i tidens løb været genstand for kritik, teorien er blevet nuanceret, og der er fremkommet andre teorier, som der ikke skal redegøres nærmere for i denne sammenhæng. Dog skal der refereres til Gannik [36], der i sin kritik af de herskende teorier om sygeroller har fremført, at teorierne bygger på en biomedicinsk opfattelse, og at alternative sociologiske modeller har været underlagt den medicinske opfattelse i form af at betragte sociologiske teorier som parallelle til en samtidig biomedicinsk model. Gannik [36] forkaster sondringerne mellem rask og syg, akut og kronisk og mellem *disease*, *illness* og *sickness*, idet disse sondringer anses for at opretholde den biomedicinske sygdomsopfattelse. Dette begrundes bl.a. ud fra den opfattelse, at en stor del af befolkningen ofte har symptomer, f. eks. i form af rygsmerter, uden at det klart kan afgøres, hvilke af de tre begreber der er tale om. Opfattelsen er, at sygdom udspringer af og kontinuerligt betinges af forholdet mellem en person og en given situation, og at der imellem personen og situationen ligger et handlingsfelt, sygdomshandlingsfeltet, hvor handlingerne fremviser og former sygdommen i samme grad, som sygdommen giver anledning

til handlingerne. Situationens strukturelle ramme (eksempelvis arbejdspladsen) kan være en del af sygdomsfeltet, afhængigt af typen og rækkevidden af handlingen. Johansen [37] har med baggrund i denne model påpeget, at der ikke har været slående resultater i behandlingen af ryglidelser ud fra den biomedicinske model. Gannik [36] og Johansen [37] beskæftiger sig med ryglidelser og fremhæver, at årsagerne til disse er mangfoldige og omfatter den situation, som den ryglidende befinder sig i. Indsatsen mod ryglidelser skal tage hensyn til ryglidelsers multifaktorielle natur og omfatte den ryglidende selv, arbejdsplads og andre omgivende faktorer.

Den teoretiske referenceramme for herværende rapport vil opretholde den biomedicinske referenceramme, men samtidigt konstatere, at den ikke kan stå alene. En forklaringsmodel, der udelukkende er biomedicinsk, vil opfattes som reduktionistisk, men det vil det også være at afskaffe den. En fremtidig model for behandling af ryglidelser må indeholde de aspekter, som er beskrevet af Gannik [36] og Johansen [37], og modellen vil formentlig være gældende i forhold til en række andre folkesygdomme end ryglidelser, eksempelvis den øgede forekomst af depression og angst.

2.4 Sygemeldingen og sygemeldingsperioden

En sygefraværperiode fra arbejde indledes med en beslutning om sygemelding. Sygemeldingen tildeler den sygemeldte en sygerolle, som personen som regel selv påtager sig ved kortvarige sygemeldinger, kun involverende den sygemeldte selv og arbejdsgiveren, men ved længerevarende sygemeldinger inddrages læger, der sanktionerer sygemeldingen, samt kommunernes arbejdsmarkedsafdeling. I det følgende skal lovgivningen og lægers rolle i processen analyseres. Aspekter af sygemeldingen og sygemeldingsperioden vil blive gennemgået under litteraturgennemgangen, men inden da en omtale af den danske lovgivning på området.

2.4.1 Lov og bekendtgørelse om sygedagpenge

Den aktuelle danske lovgivning om sygedagpenge reguleres af Lov nr. 563 af 9. juni 2006 [19] samt Bekendtgørelse om sygedagpenge nr. 665 af 20. juni 2006 [20]. Dataindsamlingen i herværende undersøgelse er udført i en periode, hvor den tidligere Lovbekendtgørelse nr. 1047 af 28. oktober 2004 [21] med ændringer i Lov nr. 1425 af 22. december 2004 samt af Beskæftigelsesministeriets Lov nr. 396 af 1. juni 2005 [22] var gældende.

Formålet med loven er at regulere den økonomiske kompensation ved fravær på grund af sygdom, at medvirke til, at den sygemeldte hurtigst muligt genvinder sin arbejdsevne, samt

at understøtte samarbejdet mellem kommuner, virksomheder og andre relevante aktører. Sygedagpenge ydes til lønmodtagere, selvstændigt erhvervsdrivende, ledige med ret til arbejdsløshedsdagpenge og personer, der har pådraget sig en arbejdsskade omfattet af Lov om arbejdsskadesikring eller Lov om sikring mod følger af arbejdsskade.

Et centralt begreb i lovgivningen er *beskæftigelseskravet*, som detaljeret er beskrevet i lovgivningen. Beskæftigelseskravet bestemmer, at en person forud for en sygemelding skal have været i lønnet arbejde eller have været ledig med berettigelse til arbejdsløshedsunderstøttelse. For at modtage sygedagpenge skal en person være helt eller delvist uarbejdsdygtig som følge af egen sygdom, set i relation til den beskæftigelse, den sygemeldte havde før sygemeldingen, det arbejdsområde, som den pågældende står til rådighed for. Der er en varighedsbegrænsning på 52 uger for udbetaling af sygedagpenge, dog med særlige bestemmelser, der kan begrunde forlængelse af varighedsperioden, i nogle situationer op til to gange 52 uger.

Forvaltningen af loven påhviler kommunerne, herunder visitation og opfølgning. Kommunen skal tilrettelægge og gennemføre individuelle og fleksible opfølgingsforløb under hensyn til sygdommens karakter, sygemeldtes behov og forudsætninger, med inddragelse af den sygemeldte. Indsatsen skal være sammenhængende og helhedsorienteret. Kommunen skal koordinere indsatsen og indhente oplysninger angående den sygemeldtes helbredsforhold, bl.a. fra den sygemeldte, men kommunen kan endvidere inddrage andre relevante aktører, bl.a. læger. Denne proces skal første gang foregå inden otte uger efter sygemeldingen og derefter løbende, mindst hver ottende uge. Retten til sygedagpenge bortfalder, såfremt den sygemeldte ikke medvirker til relevant indhentning af oplysninger eller deltager i aktiviteter, der vurderes nødvendige for afklaring og forbedring af arbejdsevnen. Med en lovændring den 1. juni 2005 kom der krav om, at kommunen skal indhente oplysninger fra borgeren via et oplysningsskema samt foretage en visitation af sygemeldte i tre kategorier i forhold til muligheder for at vende tilbage til arbejde.

Visitationsgrundlaget og planlægning af rehabilitering tilvejebringes bl.a. i form af lægeerklæringer, når det skønnes nødvendigt, og hvor der ikke allerede foreligger en egnet erklæring eller andre tilstrækkelige lægelige oplysninger. De oplysninger eller vurderinger, der ønskes i lægeerklæringer, kan være dokumentation af sygdom, vurderet varighed af sygemelding, uddybning af den sygemeldtes tilstand, funktionsniveau m.m. til brug ved tilrettelæggelsen af rehabilitering med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Med henblik på at få en målrettet erklæring skal kommunen ved anmodningen om en erklæring give lægen relevante oplysninger samt stille relevante spørgsmål.

2.5 Litteraturgennemgang

En væsentlig del af forskningen vedrørende sygefravær omhandler selve sygefraværsperioden, især hvilke faktorer, der er bestemmende for kortere eller længerevarende sygefravær ud fra en biopsykosocial referenceramme, da årsagsfaktorerne er multifaktorielle. Her er der udvalgt følgende områder for en litteraturgennemgang, som dog ikke kan siges at være fuldstændigt dækkende for området:

- ▶ Komplexiteten af forskning vedrørende sygemelding
- ▶ Lægers rolle ved sygemelding
- ▶ Patientrelaterede, lægerelaterede og strukturelt relaterede faktorer med indflydelse på sygemeldingen
- ▶ Værdi af sygemeldingserklæringer
- ▶ Sygemeldingsdiagnoser
- ▶ Sociodemografiske faktorer og livskvalitet
- ▶ Psykisk lidelse og livskvalitet
- ▶ Komorbiditet og livskvalitet
- ▶ Risikofaktorer for langvarig sygemelding
- ▶ Risikofaktorer for tilkendelse af førtidspension
- ▶ Værdi af screening
- ▶ Interventionsstudier

Litteraturgennemgangen vil blive opdelt i ovennævnte hovedgrupper, men i virkeligheden lapper temaerne betydeligt over hinanden. Livskvalitet og sygemelding lapper over hinanden, idet dårlig livskvalitet er forbundet med længerevarende sygemelding, hvilket også fremgår af, at i mål for livskvalitet indgår evnen til at varetage sædvanlige daglige aktiviteter, herunder arbejde. Langvarig sygemelding er en risikofaktor for senere varigt ophør på arbejdsmarkedet. Sociodemografiske faktorer interagerer med livskvalitet og varighed af sygemeldinger.

2.5.1 Komplexiteten af forskning vedrørende sygemelding

Som baggrund for litteraturgennemgangen på ovennævnte områder skal den kompleksitet, der er forbundet med forskning vedrørende sygefravær, omtales, bl.a. med reference til Labriola et al. [18], Hensing [38] og Tellnes [39]:

- ▶ Forskningen er afhængig af, hvor i sygemeldingsprocessen man befinder sig (se Figur 2.1).
- ▶ Forskningen udføres af forskellige videnskabelige discipliner med forskellige modeller og teoretisk opfattelse af sygemelding, samfundsvidenskabelige, sundhedsøkonomiske, sundhedsvidenskabelige og humanistiske discipliner.
- ▶ Samme betegnelse kan af denne grund betyde forskelligt fra undersøgelse til undersøgelse, afhængig af forsknings-tradition.
- ▶ Forskningen omfatter et stort antal temaer vedrørende den sygemeldte, den specifikke sygdom, personlighedskarakteristika, sårbarhed og motivation, samt faktorer, der indirekte vedrører den sygemeldte, pårørende og deres

situation, arbejdsmiljøforhold af fysisk og psykisk karakter, samfundets vilkår, sundhedsvæsenet og socialvæsenet.

- ▶ Forskningen påvirkes af nationale forskelle i lovgivning, muligheder for økonomisk kompensation ved sygdom og adgang til rehabiliteringsmuligheder.
- ▶ Der anvendes forskellige mål for livskvalitet.
- ▶ Der anvendes forskellige definitioner af sygefravær.
- ▶ Der anvendes forskellige mål for sygemelding, rater af sygemelding, antal episoder af sygemelding, gennemsnitlig varighed af sygemelding, sammenlagt varighed af sygemelding, heltidssygemelding eller deltidssygemelding, kompenserede dage, *disability days*, *cut back days* (dage med nedsat effektivitet), forskellige definitioner af langtidssygemelding, varighed indtil tilbagevenden til arbejde, varighed imellem sygemeldinger og med eller uden korrektion for ferie eller anden frihed. Eksempelvis anvendes begrebet *disability* i et stort antal undersøgelser. Oversat til dansk betyder ordet invaliditet, hvorfor det under danske forhold kan forveksles med invaliditet ensbetydende med tilkendt førtidspension. Dette er imidlertid ikke identisk med begrebet *disability*. I henhold til den engelske Disability Discrimination Act er *disability* defineret som en væsentlig langvarig (mere end 12 måneder) tilstand med funktionsnedsættelse, der påvirker evnen til at udføre daglige gøremål, eksempelvis evnen til at spise, personlig hygiejne og evnen til at gå samt foretage indkøb, som følge af nedsatte fysiske og mentalt kognitive funktioner [40]. Begrebet anvendes ikke generelt i den betydning, idet begrebet også omfatter nedsat evne til at varetage et arbejde, og begrebet *disability days* er ikke altid klart adskilleligt fra *disability*.
- ▶ Der anvendes mål som selvrapporteret sygemeldingsvarighed eller oplysninger om varighed af sygemeldingen baseret på oplysninger fra arbejdsgivere eller offentlige registre.
- ▶ Forskningen tager udgangspunkt i forskellige populationer, befolkningsundersøgelser, forskellige patientpopulationer, almen praksis (primary care), ambulante enheder, indlagte og rehabiliteringsprojekter med henblik på tilbagevenden til arbejde. Der er meget få undersøgelser, der tager udgangspunkt i en defineret population af sygemeldte. Forskelligheden i populationerne forringer generaliserbarheden og sammenligning af undersøgelse.
- ▶ Diagnosehyppigheder afhænger af varigheden af sygemeldingen.
- ▶ Mange undersøgelser er tværseksundersøgelser, som ikke giver muligheder for at sige noget om årsagsfaktorer, men kun om der foreligger statistiske sammenhænge mellem uafhængige og afhængige variable.
- ▶ Der er varierende kontrol for confounding, idet der anvendes univariable analyser eller bivariable analyser, der ikke kontrollerer for confoundere samt multivariable analyser med forskellige faktorer i modellerne varierende fra undersøgelse til undersøgelse. Dette kan medføre, at visse faktorer i nogle undersøgelser findes af betydning, men

hvor denne betydning ikke gør sig gældende i undersøgelser, hvor andre faktorer er inkluderet i modellerne.

- ▶ Der kan forekomme variabler af tvivlsom værdi i undersøgelserne, afhængig af hvad formålet er med undersøgelsen. Eksempelvis forekommer undersøgelser, hvor varigheden af tidligere sygemelding inden for et kortere eller længere defineret tidsrum forud for starten af undersøgelsen indgår. Som prædiktor for, hvorledes det kan forventes at gå for undergrupper af en population i fremtiden, kan det være en udmærket variabel, men vil man afklare årsager til sygdom eller sygdomsudvikling, er variabelen af tvivlsom værdi, eftersom tidligere varighed af sygemelding må antages at være udtryk for en i forvejen eksisterende sværhedsgrad af en sygdom, hvilket medfører den tautologiske konklusion, at "svær sygdom er associeret med svær sygdom". Det samme kan i nogen grad siges om arbejdsløshed på sygemeldingstidspunktet. Er arbejdsløshed udtryk for en i forvejen eksisterende sværhedsgrad af en sygdom, eller fører arbejdsløshed til ny eller yderligere sygelighed? I fald en sygemeldts arbejdsløshed er udtryk for en større risiko for en i forvejen eksisterende sygdom, vil variabelen have forskellig betydning afhængigt af niveauet af arbejdsløshed i befolkningen. Ved høj arbejdsløshed i befolkningen vil betydningen af arbejdsløshed for den sygemeldte som udtryk for en psykisk lidelse være mindre, end hvis der er et lavt niveau af arbejdsløshed i befolkningen.
- ▶ Der kan forekomme selektion, som der ikke kan kontrolleres for. Eksempelvis må det antages, at mentalt (eller fysisk) stærke personer har øget sandsynlighed for at søge psykisk krævende job (eller fysisk krævende job), og modsat må det antages, at mindre stærke personer søger mindre krævende job. Effekten af variabelen beskæftigelse vil derfor slå mindre igennem, end den reelt har betydning.
- ▶ Der kan forekomme recall bias, hvor analyser er baseret på oplysninger om forhold, der ligger tilbage i tiden. Personer, der er mere syge end andre, vil formentlig tillægge hændelser i fortiden større betydning end personer, der er mindre syge.
- ▶ Der anvendes forskellige diagnostiske systemer, forskellige diagnostiske instrumenter og forskellige screeningsinstrumenter.
- ▶ Der kan være problemer med anvendelse af regressionsmodeller, der forudsætter normalfordeling af data. Sygemeldingsdata er meget skævt fordelte i retning af hyppigere forekomst af kortvarige sygemeldinger, hvilket er et problem, der vil være særlig relevant ved små datasæt.

Diversiteten i undersøgelserne kan både være en fordel og en ulempe, men det er forhold, der skal tages hensyn til i vurderingen af resultaterne.

2.5.2 Lægers rolle ved sygemelding

Der er et mangelfuldt videnskabeligt grundlag for flere af beslutningsprocesserne i forbindelse med sygemelding, og

beslutningsprocesserne er påvirket af flere faktorer. Beslutningsprocessen og værdien af lægeerklæringer har været genstand for videnskabelige undersøgelser, som bl.a. er sammenfattet i tre oversigtsartikler af Söderberg & Alexanderson [41], Wahlström & Alexanderson [42] og Tellnes [39]. Ud over at beslutningsprocessen varierer afhængigt af nationale bestemmelser, er de essentielle elementer:

- ▶ Vurdering af, om der er sygdom til stede eller ej, ofte på baggrund af manglende objektive kriterier for tilstedeværelsen af sygdom.
- ▶ Vurdering af, om tilstedeværelsen af sygdom influerer på patientens arbejdsevne, og i hvilken grad, primært i forhold til patientens specifikke arbejdssituation. Ved længere sygemelding kan opgaven indebære en vurdering af patientens arbejdsevne inden for andre områder. Fordele og ulemper ved sygemelding for patienten skal vægtes, idet sygemelding kan medføre negative konsekvenser for patienten, eksempelvis marginalisering på arbejdsmarkedet.
- ▶ Ved anbefaling af sygemelding skal der tages stilling til sygemeldingens varighed, grad af sygemelding, behandling, rehabilitering, yderligere undersøgelser, og evt. om der er behov for kontakt med arbejdsgiveren eller andre aktører.
- ▶ Ved forlængelse af en tidligere sygemelding, som eventuelt er foretaget af en anden læge, hvis beslutning lægen ikke er enig i, skal vurderes, om der skal foretages en ændring.
- ▶ Vurderinger og beslutninger skal sammenfattes i en erklæring, som er affattet i et sprog, der giver mening for kommunale medarbejdere og andre uden medicinsk uddannelse.

2.5.3 Patientrelaterede, lægerelaterede og strukturelt relaterede faktorer med indflydelse på sygemeldingen

Læger opfatter ofte afgivelse af sygemeldingserklæringer som problematisk og stressbetonet som følge af flere roller i funktionen, og specielt vedrørende vurderinger af længden af sygemeldingen og graden af uarbejdsdygtighed [43-46]. Der er betydelig variation mellem forskellige lægers vurdering af de samme sager, specielt vedrørende varigheden af en sygemelding [43, 47-50]. Variation i vurderingerne opfattes ikke nødvendigvis som et onde, men kan også være udtryk for individuelle helhedsvurderinger, foretaget af den sygemeldende læge [51]. Patienter, der ønsker en sygemelding, bliver sygemeldt i længere tid end patienter, der ikke ønsker en sygemelding [52-54]. Larsen et al. [54] fandt, at når patienter selv tog initiativ til sygemelding, blev 95% sygemeldt, mens kun 84% blev sygemeldt, når lægen tog initiativet. Haldorsen et al. [55] fandt i en undersøgelse omfattende praktiserende læger, medicinske konsulenter, forsikringsansatte og almenbefolkningen stor overensstemmelse i bedømmelserne, når det gjaldt somatiske lidelser, bortset fra muskuloskeletal lidelse. For psykisk lidelse var der større variation. For en casevignet beskrivende en patient med en tydelig depression

opfattede 81% af de praktiserende læger patienten som syg (*ill*), og 73% opfattede tilstanden som en egentlig sygdom (*disease*). Kun 58% mente, at patienten burde sygemeldes (*sickness*). For medicinske konsulenter var disse procentdele lavere, og for forsikringsansatte og den almene befolkning betydeligt lavere. Studiet fandt betydeligt større modstand mod at anerkende psykisk lidelse som sygdom sammenlignet med banale medicinske tilstande. Andre undersøgelser har vist større sammenhæng mellem lægers og patienters vurdering af sygemeldinger [56]. Varigheden af sygemeldinger afhænger af lægernes speciale [52, 57]. Ældre læger, muligvis som følge af længere kendskab til deres patienter, attesterer længere sygemeldinger end yngre læger [48, 58, 59]. Med hensyn til betydningen af lægens køn varierer resultaterne [58, 60, 61]. Varigheden af sygemeldinger varierer afhængigt af lokale traditioner og geografisk nærhed til hospital [62, 63] og forskellige holdninger blandt lægerne [47, 64].

2.5.4 Værdi af sygemeldingserklæringer

Generelt er der fundet en betydelig usikkerhed og uoverensstemmelse i vurdering af lægeerklæringer [65-71].

Söderberg & Alexanderson [65] fandt i en svensk undersøgelse af 2.449 sygemeldingserklæringer for sygemeldingsperioder over 28 dage, at der i 21% af erklæringerne var tvetydige udtalelser om den medicinske tilstand, i 30% var der en uklar vurdering af patientens funktionelle kapacitet, og i 22% af tilfældene måtte der indhentes supplerende information. De mangelfulde oplysninger vurderedes at begrænse værdien af erklæringerne som basis for beslutninger vedrørende sygedagpenge.

Arrelöv [66] undersøgte effekten af en lovændring i Sverige, hvis målsætning var at reducere varigheden og anvendelsen af sygemeldinger ved at udelukke sygemeldinger af ikke-medicinske årsager til sygemelding samt anvendelse af deltidsygemelding og hurtigere rehabilitering, omfattede mere end 31.000 sygemeldte personer. Lovændringen medførte intet fald i antallet af sygedage, men erklæringerne var i højere grad udfyldt korrekt efter reformen.

Fleten et al. [67] undersøgte i Norge for 999 konsekutive sygemeldingsperioder graden af samstemmighed i vurderinger mellem fire medarbejdere i den norske Norwegian National Insurance med henblik på at undersøge, om modificerede arbejdsbetingelser kunne reducere sygemeldingsvarigheden for patienter sygemeldt på grund af muskuloskeletal lidelse eller psykisk lidelse. Både sygemeldte og forsikringsansatte forventede, at de modificerede arbejdsbetingelser ville føre til en reduktion i sygdomsvarigheden på 20-30%. Konkrete vurderinger af hvilke potentielle sygemeldte, der kunne profitere af dette, viste en meget lav korrelation mellem parterne med en k -værdi på under 0,2. Det konkluderedes, at informationen i sygemeldingserklæringer var ineffektiv i forhold til at udpege

de sygemeldte, hvor modificerede arbejdsbetingelser kunne reducere sygemeldingsvarigheden.

Mæland et al. [68] undersøgte i Norge kvaliteten af to bedømmere af erklæring II for 2.237 sygemeldinger efter otte ugers sygemelding. I 12% af erklæringerne var der ikke nok information til vurdering af, om der skulle foretages forlænget sygemelding til 12 uger. Der var ringe enighed mellem sagsbehandler og læge med hensyn til, i hvilke tilfælde der manglede oplysninger. For mindre end hver 10. mente de to bedømmere, at det var relevant at iværksætte eller planlægge arbejdsfremmende tiltag, og der var uenighed om for hvem. Konklusionen var, at sygemeldingerne var uden værdi for trykdekantorenes (instans for rehabilitering) opfølgning. For samme materiale blev der foretaget en randomiseret kontrolleret undersøgelse, hvor nogle sygemeldinger systematisk blev gennemgået og vurderet af en sagsbehandler og en rådgivende læge, mens andre erklæringer blev behandlet på vanlig måde. Den udvidede sagsbehandling af sygemeldingerne førte ikke til nogen reduktion af sygemeldingsvarigheden [69].

Danske undersøgelser er af ældre dato. Bredkjær et al. [70] undersøgte i 1991 anvendeligheden af 420 erklæringer (lægeattest LÆ355) ved langvarige sygedagpengesager. Halvdelen af erklæringerne var ikke komplet udfyldt. Rubrikken om varighed var udfyldt i 86% og rubrikken om supplerende oplysninger for det videre forløb i 64%. Erklæringen var i 100% af tilfældene udfyldt med hensyn til vurdering af uarbejdsdygtig på grund af sygdom eller ulykke. I 97% af tilfældene var det oplyst, om sygdommen/ulykken medførte fuld eller delvis uarbejdsdygtighed. Der var påført diagnose i 99% af tilfældene. Hos 45% af dagpengemedarbejderne i kommunen og hos 33% af de praktiserende læger vurderedes erklæringen uanvendelig.

Marschall [71] udførte i efteråret 1987 en undersøgelse af 148 dagpengeerklæringer og 81 erklæringer vedrørende emner for socialmedicinsk sagsbehandling i Odense-området. Omkring halvdelen af erklæringerne havde kun ringe værdi for sagsbehandlingen, hvorimod en femtedel gav konstruktive og supplerende oplysninger.

2.5.5 Sygemeldingsdiagnoser

Fordelingen på sygemeldingsdiagnoser af sygemeldte afhænger af tidspunktet i sygemeldingsperioden, da nogle lidelser gennemsnitligt medfører længere sygemelding end andre. Ved starten af en sygemelding er muskuloskeletal lidelse fundet at være den hyppigst forekommende varierende mellem 22% og 43% efterfulgt af lidelse i luftveje varierende mellem 14% og 28% og dernæst nogenlunde lige hyppigt for skade varierende mellem 8% og 12% og psykisk lidelse varierende mellem 6% og 14% [48, 64, 66, 72-74]. Sygemeldte med psykisk lidelse og muskuloskeletal lidelse er fundet at være sygemeldt længere end gennemsnittet [48, 73, 74]. Der er få undersøgelser, som har

undersøgt diagnosefordelingen ved otte ugers sygemelding. I to norske undersøgelser er muskuloskeletal lidelse fundet at have en hyppighed varierende mellem 34% og 41% og psykisk lidelse mellem 8% og 17% [75, 76].

2.5.6 Sociodemografiske faktorer og livskvalitet

Sociodemografiske faktorer har i de fleste undersøgelser en relativt beskedne indflydelse på livskvaliteten sammenlignet med psykopatologiske faktorer [77-81]. Der kan dog udledes nogle tendenser af undersøgelserne. Der er ikke fundet stor forskel i livskvalitet mellem mænd og kvinder, men dog en tendens til lidt højere livskvalitet hos mænd end hos kvinder [82-84] eller ingen forskel [80]. Forskellen er fundet afhængig af, hvilke områder der er undersøgt. Kvinder har scoret højere på sociale bekendtskaber [77]. For alder er der vist en entydig tendens, faldende fysisk livskvalitet med alderen og uændret eller stigende psykisk livskvalitet med alderen [77, 82-89]. At være samboende med en partner er fundet associeret med bedre psykisk livskvalitet end det modsatte [77, 82, 83, 90], og det at være skilt er fundet associeret med mindre livskvalitet end det at være enlig [83]. Fysisk livskvalitet er ikke fundet associeret med det at være samboende [82, 83]. At have børn har i de fleste undersøgelser vist association med bedre livskvalitet [77, 90]. Arbejdsløshed og dårlige økonomiske vilkår har entydig association med lav livskvalitet [77, 81-83, 87, 88, 90-93]. For personer med angst er der fundet en lavere grad af uddannelse og et lavere beskæftigelsesniveau end svarende til deres evner samt en større grad af ledighed [94].

2.5.7 Psykisk lidelse og livskvalitet

De fleste undersøgelser har vist, at psykiske lidelser, uanset hvilken, medfører en betydelig nedsættelse af livskvaliteten [10, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 92-105]. Personer med depression eller subklinisk depression (tilstedeværelse af depressive symptomer uden at kriterierne for depression er opfyldt) er fundet at have et lavere funktionsniveau end personer med kroniske somatiske tilstande [91, 101]. For personer med depression er livskvaliteten fundet nedsat, mest på psykologiske områder - især energi, psykisk betingede begrænsninger og social funktion, men også nedsat på fysiske områder [82, 85, 95, 96, 101]. Den nedsatte livskvalitet og det nedsatte funktionsniveau for deprimerede er fundet at strække sig ud over perioden for en klinisk tilstedeværende depression [96]. For personer med angst er der fundet et fysisk funktionsniveau svarende til det for raske personer, men lav livskvalitet på områder som generelt helbred, psykisk rollefunktion og velbefindende [100, 104]. For personer med panikangst er fundet, at livskvaliteten især er nedsat for debuterende tilstande og for personer med OCD både ved debuterende og kroniske tilstande [99]. Længden af sygdomsvarigheden og antallet af komorbide lidelser er fundet associeret med nedsat livskvalitet [91].

Saarni et al. [106] har i en finsk befolkningsundersøgelse undersøgt livskvaliteten hos personer over 30 år. Undersøgelsen kontrollerede for socioøkonomiske faktorer, somatisk komorbiditet og psykiatrisk komorbiditet for at finde den specifikke effekt af de enkelte psykiske lidelser. De specifikke lidelser, der var forbundet med lavest livskvalitet, var dysthymi, efterfulgt af social fobi, generaliseret angst, agorafobi, depression, panikangst og alkoholafhængighed. Livskvaliteten hos personer med kroniske psykiske lidelser fandtes lavere end for gennemsnittet af somatiske lidelser. Det var i højere grad det kroniske islet af en lidelse, der betød nedsat livskvalitet, end det var den specifikke lidelse i sig selv. Da hyppigheden af de respektive lidelser er forskellig, kan betydningen af de specifikke lidelser være anderledes på samfundsniveau, hvorfor effekten på samfundsniveau blev undersøgt ved omregning til QALY's, hvor der omregnes til livskvalitetsjusterede leveår. Dysthymi gav anledning til den største byrde for samfundet med et tab af livskvalitetsjusterede leveår på 206 år pr. 100.000 personer pr. år, efterfulgt af depression med 179, alkoholafhængighed med 99, generaliseret angst med 66, social fobi med 58, agorafobi med 41 og panikangst med 26.

Ovennævnte undersøgelser har vist, at psykopatologiske faktorer har større betydning for nedsættelse af livskvaliteten end sociodemografiske faktorer, bortset fra dårlig økonomisk situation og arbejdsløshed. Imidlertid har Ruggeri et al. [107] i en italiensk undersøgelse af patienter, der frekventerede et distriktspsykiatrisk behandlingscenter fra 1994 til 1997, fundet, at hverken socioøkonomiske faktorer, psykopatologiske faktorer eller tilfredshed med den psykiatriske service har nogen stor forklarende værdi for den subjektivt oplevede livskvalitet. Af de tre faktorer havde tilfredsheden med den psykiatriske service den største betydning. De nævnte faktorer kunne imidlertid maksimalt forklare 19,2% af variansen for den samlede livskvalitet, og ikke over 14,4% for nogen af de specifikke områder, bortset fra livskvalitet relateret til religiøs opfattelse (18,0%).

2.5.8 Komorbiditet og livskvalitet

Komorbiditet betyder samtidig forekomst af flere lidelser. Komorbiditet mellem flere somatiske lidelser er hyppigt forekommende. Således fandt van den Bos [108] i en befolkningsundersøgelse af 55-79-årige omhandlende 19 hyppigt forekommende somatiske sygdomme, at 73% havde mindst én af disse 19 sygdomme og 60% to eller flere. I herværende rapport skal der imidlertid ikke gås i detaljer med komorbiditet mellem flere somatiske lidelser, idet fokus er på betydningen af psykiske lidelser, og dermed samtidig forekomst af somatisk lidelse og psykisk lidelse samt samtidig forekomst af flere psykiske lidelser.

Undersøgelser af somatisk/psykiatrisk komorbiditet har vist varierende hyppigheder af dette, meget afhængigt af om undersøgelserne refererer til befolkningsundersøgelser eller kli-

niske undersøgelser [93, 104, 106, 109-123]. Saarni et al. [106] undersøgte 12-måneders prævalenser for psykisk lidelse, totalt på 12,2%, depression 6,5%, angst 4,1% og alkoholmisbrug 3,9%. Hyppigheden af somatisk lidelse hos personer uden psykiatrisk diagnose var 72% og 78% hos personer med psykiatrisk diagnose. Af alle med psykisk lidelse forekom psykiatrisk komorbiditet for 26,2%, 39,2% for depressive tilstande, 55,6% for angsttilstande og 23,3% for alkoholafhængighed. Specifikke angsttilstande viste særlig hyppigt psykiatrisk komorbiditet, varierende mellem 48,7% for panikangst og 84,3% for agorafobi. Härter et al. [118] har for rehabiliteringspatienter med muskuloskeletal lidelse fundet 12-måneders prævalenser for komorbiditet med psykisk lidelse totalt på 47,1%, for angst 25,2%, for affektive lidelser 19,4%, for alkoholmisbrug 2,9% og for somatoform lidelse 10,2%. Buist-Bouwman et al. [109] har i en hollandsk befolkningsundersøgelse fundet en 12-måneders prævalens af psykisk lidelse på 19,7% for personer uden somatisk lidelse, men en større hyppighed ved udvalgte somatiske lidelser, bihulebetændelse, kroniske rygsmerter, gigtlidelser, forhøjet blodtryk, astma, migræne, lidelser i fordøjelsesorganerne og fysiske skader, omkring 30% (fra 26,6% for forhøjet blodtryk til 35,1% for migræne). Dersh et al. [111] fandt for smertepatienter månedsprævalenser på 64,1% for enhver form for psykisk lidelse, 55,4% for depression, 10,6% for angst og 13,2% for misbrug. Undersøgelsen viste endvidere, at personlighedsforstyrrelser for smertepatienter forekom omkring fem gange så hyppigt som normalt i befolkningen. Kessler et al. [110] fandt i en amerikansk befolkningsundersøgelse, at angstlidelser og affektive lidelser forekom med øget hyppighed hos patienter med kroniske somatiske lidelser: forhøjet blodtryk, gigtlidelser, astma og mavesår, som var de fire hyppigste lidelser i en national amerikansk befolkningsundersøgelse. Simon & Fischmann [116] har i en oversigtsartikel vedrørende panikangst fundet, at astmapatienter havde en hyppighed af angstlidelse på 29%, og patienter med panikangst havde en hyppighed af fysisk lidelse på 47%.

Ud over at somatisk/psykiatrisk komorbiditet er hyppigt forekommende, har alle undersøgelser vist, at komorbiditet fører til nedsat livskvalitet og funktionsniveau samt øget sygefravær. For nogle kombinationer af sygdomme er der fundet en additiv effekt, mens der for andre kombinationer er fundet en potenserende effekt. Potenserende effekt vil sige en større reduktion af livskvaliteten end summen af reduceret livskvalitet ved lidelserne hver for sig [93, 104, 106, 109-113, 115-123]. Buist-Bouwman et al. [109] fandt, at somatiske og psykiske lidelser gensidigt øgede risikoen for forekomst af hinanden, mest for depression. Dersh et al. [111] har beskrevet, at for smertepatienter (på grund af ryglidelse) er der et samspil mellem smerte, angst og depression. Angst sænker smertetolerancen, og angst og depression forstærker medicinske symptomer. I samme undersøgelse fandtes, at den psykiske lidelse (minus personlighedsforstyrrelse) hovedsageligt begyndte senere end ryglidelsen. Samme forhold blev ikke undersøgt for personlighedsforstyrrelser, men personlighedsforstyrrelserne

er næppe opstået efter ryglidelsen, hvorfor resultaterne tyder på, at ryglidelserne udgør en trigger for udvikling af psykisk lidelse hos disponerede individer. Carroll et al. [124] og Mannion et al. [125] har modsat fundet, at depression og depressive symptomer prædikerer udvikling af smertetilstande i nakke og lænd.

Simon & Fischmann [116] har i en artikel om panikangst beskrevet, at patienter primært præsenterer sig i almen praksis med somatiske symptomer, og at symptomer på panikangst forveksles med somatiske lidelser, åndenød med lungesygdomme, svimmelhed med sygdomme i det vestibulære apparat (balanceorgan) og hjertesymptomer med hjertelidelser. Angstlidelser præsenterer sig ofte som et akut hjerteanfald, men når hjertelidelsen er udelukket efter akut undersøgelse, overses en tilstedeværende angstlidelse i op mod 98% af tilfældene. Patienter med fobisk angst har øget risiko, med en faktor 3-4, for udvikling af hjertelidelse, og for død som følge af hjertelidelsen med en faktor 4-6. Patienter, der præsenterer sig med uforklarede medicinske symptomer, har en øget sandsynlighed på 200 gange for at lide af en panikangst. Behandling af panikangst med antidepressiva reducerer både psykiske og somatiske symptomer.

Bair et al. [122] har i en oversigtsartikel angående smerte beskrevet, at depression øger risikoen for fremtidig forekomst af smertetilstande i det muskuloskeletale system. Komorbiditeten medfører mindre helbredelse for depressionen, mindre livskvalitet, større invaliditet, større forbrug af helbredsytelser, større medicinforbrug, flere sygedage og større øvrige omkostninger. Effekten af komorbiditet er potenserende. Depression medfører nedsat evne til at samarbejde om rehabiliteringsprogrammer for smerte. Smerte er en af de hyppigste årsager til, at patienter søger læge, idet 75% af patienterne i almen praksis præsenterer sig med smerter, og patienter med depression præsenterer sig typisk med smerter, træthed og søvnbesvær. Der fokuseres på somatiske elementer frem for det psykiske, medførende manglende opdagelse af psykiske lidelser. Hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse stiger med stigende grad af smerte. Behandling for smerte imødekommes, men overses for depressionen. Undersøgelser af effekten af behandling ved komorbiditet mellem depression og smerte er oftest baseret på små og ukontrollerede undersøgelser, hvorfor effekten af behandling er usikkert afklaret, men undersøgelserne peger dog i retning af bedring af både depression og smertetilstand, og bedst ved kombineret medikamentel og kognitiv behandling. Komorbiditeten kan forklares ved, at smerteopfattelse og depression deler neurologiske baner og neurotransmittere.

Komorbiditet mellem flere psykiske lidelser er fundet at være hyppigt forekommende og medførende nedsat livskvalitet, funktionsnedsættelse og øget sygefravær, enten med additiv eller potenserende effekt [3, 94, 113, 116, 126-128]. Sartorius et al. [113] fandt i en international befolkningsundersøgelse

punktprævalenser af depression på 10,4%, dysthymi 2,1%, generaliseret angst 7,9%, panikangst 1,1% og agorafobi 1,5%. Punktprævalensen i befolkningen for komorbiditet mellem angst og depression var 4,6% og 5,9%, hvis subkliniske tilfælde blev regnet med. Bijl et al. [3] fandt i en hollandsk befolkningsundersøgelse, at livstidsprævalensen for en psykisk lidelse af enhver art var 41,2%, og 13,5%-point af disse havde mere end én psykisk lidelse. Ud af de 41,2%, som havde haft mindst én lidelse, havde 9,2% haft tre eller flere psykiske lidelser. Ormel et al. [128] fandt i en international befolkningsundersøgelse omfattende otte psykiske lidelser inden for det affektive spektrum, angsttilstande, somatoforme lidelser og misbrug, at punktprævalensen for mindst én af disse lidelser var 21,1%, 10,5% for depression, 7,9% for generaliseret angst, 5,5% for neurasteni og mellem 0,8% og 2,8% for resten. Der forekom betydelig komorbiditet mellem de enkelte lidelser, højest for neurasteni med 71%, og lavest for alkoholafhængighed med 43%. Alonso et al. [127] fandt i en international befolkningsundersøgelse af personer på 18 år eller derover i Belgien, Frankrig, Tyskland, Italien, Nederlandene og Spanien, at 12-måneders prævalensen for psykiatrisk komorbiditet var 41,7% for affektiv lidelse, 28,3% for angstlidelse og 2,8% for alkoholmisbrug. Set i forhold til hele befolkningen var 12-måneders prævalensen i befolkningen for tilstande uden komorbiditet for affektiv lidelse 2,5%, for angst 4,6% og for alkoholmisbrug 0,7% samt for komorbide tilstande 1,6% for affektiv lidelse/angstlidelse, og 0,1% for affektiv lidelse/alkoholmisbrug, angst/alkoholmisbrug og affektiv lidelse/angst/alkoholmisbrug.

2.5.9 Risikofaktorer for stort sygefravær

Der er foretaget flere undersøgelser af risikofaktorer for udvikling af stort sygefravær. Undersøgelserne har været udført som befolkningsundersøgelser eller registerundersøgelser indeholdende data over personer til rådighed for arbejdsmarkedet.

De fleste undersøgelser har generelt vist, at stigende alder medfører øget risiko for langvarig sygemelding [12, 114, 129-136]. Med hensyn til køn har undersøgelserne vist mere tvetydige resultater. De fleste undersøgelser har vist et øget antal sygemeldinger for kvinder sammenlignet med mænd, hvorimod længere sygefravær for mænd end for kvinder [12, 129, 130, 132, 133, 135-138]. Laitinen-Krispijn & Bijl [139] fandt, at kvinder uden psykisk lidelse havde flere sygefraværs-episoder end mænd, hvorimod mænd havde højere rater af fravær end kvinder ved tilstedeværelse af en psykisk lidelse, især på grund af dysthymi, simpel fobi og misbrug. For øvrige lidelser inklusive somatiske lidelser var raterne højere for kvinder end for mænd. Hensing et al. [138] har undersøgt betydningen af kønsforskelle for integration på arbejdsmarkedet for alle med sygemelding over syv dage i et svensk amt fra 1985 til 1987. Incidensen af sygemelding var større for kvinder i mandsdominerede fag og for mænd i kvindedominerede fag. Sociale forhold er sjældnere fundet som betydende variabler

for varigheden af sygefravær, bortset fra lav indtægt, dårlige sociale kår og arbejdsløshed med øget forekomst af sygefravær [14, 114, 131, 134, 135]. I en dansk rapport [14] fandtes, at personer, der blev sygemeldt fra ledighed, havde en gennemsnitlig sygdomsvarighed, der var omkring tre gange så høj som sygdomsvarigheden for personer, der blev sygemeldt fra job som lønmodtager. Gjesdal & Bratberg [134] har fundet, at skilsmisse, ægteskab og ingen børn er forbundet med øget sygefravær. Coste et al. [93] har for patienter med akut lændehold fundet, at modtagelse af økonomisk kompensation for sygefraværet var associeret med længere sygemeldingsvarighed.

Flere undersøgelser har vist, at længden af tidligere sygefravær er betydeligt associeret med øget fremtidigt sygefravær [14, 114, 132-134, 136]. En dansk rapport [14] har vist, at otte ud af 10 beskæftigede, der havde været syge i et kvart til et halvt år, blev raskmeldt, imod kun godt 20% af dem, der havde haft en fraværsperiode på over et år. Marmot et al. [132], Stansfeld et al. [133] og Feeney et al. [136] fandt i England i Whitehall II-studiet, at sygemeldinger over syv dage i højere grad var associeret med sygdom end kortere sygemeldinger, hvorimod kortere sygemeldinger var associeret med dårlig jobtilfredshed. Jo længere sygemeldingsperiode, des hyppigere forekom neurotiske tilstande og uklart definerede psykiske tilstande. Disse tilstande udgjorde den næsthypigste diagnosegruppe ved sygemeldinger over 21 dage.

Arbejdsforhold er også fundet af betydning for sygefravær [140, 141]. Eshøj et al. [131] viste i multivariable analyser inddragende flere sociale og arbejdsmiljømæssige faktorer, at for mænd var de betydende faktorer: alder over 50 år, kort uddannelse, arbejdsløshed inden for de sidste tre år, tungt ansvar i arbejdet, monotont arbejde, lav jobtilfredshed og mange rygmerter igennem de sidste tre år. For kvinder var de betydende faktorer: forlod folkeskolen uden yderligere eksamen, arbejdsløshed, tungt ansvar, lav tilfredshed med manglende indflydelse på arbejdet og mange rygmerter igennem de sidste tre år. Marmot et al. [132], Stansfeld et al. [133] og Feeney et al. [136] viste, at jo lavere rang i arbejdsfunktionen, des hyppigere sygemeldinger for både mænd og kvinder. Det samme er fundet i andre undersøgelser [138, 142].

Psykisk lidelse og komorbiditet er fundet at have stor betydning for sygefraværet [3, 106, 109-111, 113, 114, 116-118, 122, 128-130, 134, 135, 137, 139, 142-147]. Kessler et al. [110] fandt i The National Comorbidity Study, at psykiatrisk komorbiditet med forhøjet blodtryk, slidgigt, astma og mavesår øgede forekomsten af sygemelding betydeligt, fra 3,0 dage for forhøjet blodtryk til 4,7 dage for mavesår pr. måned. Komorbiditeten medførte en stigning, der var større end summen af lidelserne hver for sig. Kessler & Frank [142] har endvidere vist, at effekten af komorbiditet er endnu højere, når det gælder arbejdsdage med lavt funktionsniveau. Kessler et al. [145] fandt i en anden undersøgelse med et selvadministreret spørgeskema,

at et øget antal sygedage og dage med dårligt funktionsniveau var stort for affektive lidelser, kun overgået af patienter med kræft. Broadhead et al. [144] fandt i en befolkningsundersøgelse i North Carolina, at sammenlignet med psykisk raske personer medførte depression større risiko for flere sygedage i op til et år efter indgang i undersøgelsen. Risikoen for flere sygedage hos deprimerede personer var 4,78 gange større end for personer uden depression. Undersøgelsen omfattede også personer med subkliniske depressioner (personer med depressionssymptomer, der ikke opfylder kriterierne for en egentlig depression), og for denne gruppe fandtes sygemelding at være øget med 1,55 gange sammenlignet med personer uden depression. Gruppen af subkliniske depressioner forekom hyppigere i befolkningen end gruppen af egentlige depressioner, hvilket på befolkningsniveau medførte, at subkliniske depressioner gav anledning til 51% flere sygedage end antallet af sygedage for personer med egentlige depressioner. Subkliniske depressioner var således betydningsfulde i et arbejdsmarkedsperspektiv. Gruppen af subkliniske depressioner havde en mere varieret profil og formodedes at omfatte personer, der også led af personlighedsforstyrrelser.

Bjørndal [114] har i en norsk undersøgelse af langtidssygemeldte over otte uger fundet, at komorbiditet mellem muskuloskeletal lidelse og psykisk lidelse var af betydning for fortsat sygemelding ved observationstidens ophør (median observationstid to år). For personer med muskuloskeletal lidelse uden komorbiditet var der kommet 53-55% i arbejde, hvorimod det for komorbiditet mellem muskuloskeletal lidelse og anden lidelse var 48% og for komorbiditet mellem muskuloskeletal lidelse og psykisk lidelse kun var 33%.

Nystuen et al. [129] har i en norsk undersøgelse fra 1997-1998 af sygemeldte, der var sygemeldt i over to uger, fundet, at personer med psykisk lidelse udgjorde 16,8% af alle nye sygemeldte, men at antallet af sygedage på grund af psykisk lidelse udgjorde 31,5% af sygedagene. Den hyppigst forekommende diagnosegruppe var depression (65%), hvoraf ca. 2/3 var kvinder. Næsthypigst forekom krisereaktion (10%), hvoraf også ca. 2/3 var kvinder. Psykosier udgjorde 2,6% med ligelig kønsfordeling og misbrug 2,9% med 85% mænd.

Andrews et al. [117] har i Australien foretaget en quasi-befolkningsundersøgelse (screening for udvælgelse af risikopatienter) med analyse af antal *disability days* (dage i sengen eller ude af stand til at udføre sædvanlige aktiviteter som følge af sygdom, omfattende sygemelding fra arbejde). Undersøgelsen viste, at angstlidelse og affektiv lidelse uden komorbiditet havde samme antal *disability days* som gennemsnitligt for somatiske lidelser med 2,5-2,7 dage pr. måned, og at misbrug og personlighedsforstyrrelser uden komorbiditet havde omkring 0,7 dage pr. måned. For ca. 2/3 var der komorbiditet mellem flere psykiske og/eller somatiske lidelser. Bestemte konstellationer af psykiatrisk komorbiditet prædikterede højere grad af *disability*. Hvis psykiske lidelser var komorbide med angst,

medførte dette den største stigning i antal sygedage sammenlignet med andre former for komorbiditet.

Som det tidligere er beskrevet under omtale af kompleksiteten af forskning i sygefravær, afhænger resultaterne af multivariable analyser af, hvilke variabler der indgår i modellerne, og valget af variabler varierer betydeligt. Nieuwenhuijsen et al. [148] har anskuet denne problemstilling via litteraturstudier og fundet, hvilke faktorer forskellige undersøgelser har fundet af betydning: psykisk lidelse kontra somatisk lidelse, længden af sygefravær, sværhedsgraden af depressive symptomer, at sygemeldte anså årsagen til sygefravær for at være arbejdsrelateret, sygemeldtes forventning om lang varighed af symptomerne, højere alder, skilsmisse, høje jobkrav, lav grad af støtte fra overordnede og kolleger. Faktorerne for betydning af kort sygemeldingsvarighed var: højere grad af uddannelse og forventning om helbredelse. Med hensyn til køn var der tvetydige resultater. Efterfølgende udførtes en longitudinel undersøgelse af personer med psykisk lidelse og forskellige typer af ansættelse samt sygemelding i mindre end seks uger ved indgang i undersøgelsen omfattende ovennævnte variabler. En multivariabel analyse udkom med fire forklarende faktorer, som var forbundet med øget sygefravær: alder over 50 år, sygemeldtes forventning om at sygemeldingen ville vare i over tre måneder, middel eller højt uddannelsesniveau og diagnose lydende på angst eller depression. Efterfølgende konstrueredes ud fra disse fire variabler en score fra nul til fire, hvor nul var en score for ikke at opfylde nogen af faktorerne og fire, hvor alle faktorer var opfyldte. Der var en tydelig sammenhæng imellem raten, hvormed sygemeldte vendte tilbage til arbejdsmarkedet, og denne score.

2.5.10 Risikofaktorer for tilkendelse af førtidspension

Af en dansk rapport fra 1999 [149] vedrørende ansøgere til førtidspension fremgår, at den største gruppe af pensionsansøgere **søgte** på grund af psykisk lidelse (29%), efterfulgt af sygdomme i bevægeapparatet (28%). Psykiske lidelser forekom betydeligt hyppigere blandt mandlige ansøgere og ansøgere under 50 år.

Af en anden dansk rapport fra 2005 [150] fremgår, at **tilkendelsen** af førtidspension som følge af psykisk lidelse var stigende i Danmark. Af ansøgerne, der fik tilkendt førtidspension, var 41% som følge af psykisk lidelse, efterfulgt af lidelser i bevægeapparatet med godt 20%. Afslagsprocenten var gennemsnitlig 8%, 7% for ansøgere med psykiske lidelser mod 12% for ansøgere med lidelser i bevægeapparatet. Andelen af **ansøgere** med psykisk lidelse var markant højere for ansøgere under 30 år end for ansøgere på 60 år eller derover. Procentdelen for **tilkendelser** af førtidspension for psykiske lidelser steg fra 23% i 1998 til 41% i 2005. Stigningen i nytillkendelser skyldtes især nervøse og stressrelaterede tilstande, og især posttraumatisk belastningsreaktion.

Tilkendelsen af førtidspension har også været stigende i Norge. Tveramo & Dalgaard [151] fandt for personer i alderen 20-39 år med mere end et års sammenhængende forsørgelse, at prævalensen af offentlig forsørgelse øgedes fra 6,4% i 1994 til 7,7% i 2000. Incidensen steg mest for personer med lettere psykiske lidelser (152%) samt personer med ryglidelser og andre muskuloskeletale lidelser (111%).

Gogstad & Bjerkedal [152] fandt også i Norge, at førtidspensionering af personer under 35 år tredobledes i løbet af 1990'erne, mest pga. psykiske lidelser, og herunder især for personlighedsforstyrrelser med en firedobling fra 1992 til 1997.

Gjesdal et al. [153] har for 1994 undersøgt hyppigheden af sygemeldinger ved brug af sygemelding II erklæring og sagsrapporter for personer under 40 år med anvendelse af ICPC-diagnoser, som er obligatorisk på sygemeldingserklæring i Norge. Ved analyse med Kaplan Meier-metode estimeredes, at der inden for fem år ville være tilkendt førtidspension til 7,9% af mændene og 10,3% af kvinderne. Høj indtægt reducerede risikoen for førtidspensionering. Fordelt på diagnoser var det inden for fem år 11% af kvinderne, der fik tilkendt førtidspension på grund af muskuloskeletal lidelse mod 5% for mænd. Psykiatriske diagnoser forekom hyppigere for kvinder end for mænd, men når det gjaldt tilkendelse af førtidspension, forekom det for 24% af mændene og for 11% af kvinderne. Ved en multivariabel analyse fandtes der for den relative risiko ingen kønsforskel, men stigning med stigende alder og antallet af tidligere sygedage samt stigning med faldende indtægt. Med muskuloskeletal lidelse som reference var den relative risiko 1,8 for psykisk lidelse og 1,7 for andre lidelser. Ved separate undersøgelser for mænd og kvinder var alderseffekten den eneste afgørende for kvinder, hvorimod det var lav indtægt og psykiske lidelser for mænd.

Gjesdal et al. [154] undersøgte for et repræsentativt udsnit af den norske befolkning, der havde været sygemeldt i over otte uger, prædiktorer for førtidspensionering fra 1994-99. Gennemsnitligt fik 23% af gruppen tilkendt førtidspension, hvilket lå betydeligt højere for uklare diagnostiske tilfælde med 39%. Multivariable analyser inddragende begge køn viste, at stigende alder, tidligere antal sygedage over 100 dage og lav indtægt medførte tidligere førtidspensionering. Ved analyser separat for kvinder forekom tidligere førtidspensionering ved forudgående arbejdsløshed og hjertelidelse med muskuloskeletal lidelse som reference. For mænd var det psykisk lidelse med muskuloskeletal lidelse som reference, der førte til tidligere førtidspensionering. Lægeerklæringerne havde stor prædiktiv værdi, når lægen vurderede, at der var tale om en kompleks sag med behov for multidisciplinær vurdering/indsats. Sammenfattende var de vigtigste prædiktorer tidligere antal sygedage (over 100 dage), sygemeldingsdiagnosen og lægens vurdering.

Mykletun et al. [155] fandt i et populationsbaseret kohortestudie i Norge en række faktorer af betydning for tilkendelse af førtidspension. Der var størst effekt af alder, fulgt af antal somatiske symptomer, inaktivitet i frivillige organisationer, lavt uddannelsesniveau, antallet af somatiske diagnoser, arbejdsløshed, psykiatriske diagnoser i form af angst og depression, samt især komorbiditet mellem disse lidelser (andre psykiske lidelser ikke med i modellen) og fysisk inaktivitet.

Andersson et al. [156] undersøgte regionale forskelle i tilkendelse af førtidspension i Norge på basis af registerdata for 16-67-årige for 1988, 1990, 1995 og 2000. Der fandt en øget tilkendelse sted i landlige områder sammenlignet med bymæssige områder samt en fordobling af tilkendelse blandt 16-29-årige.

Upmark [157] har undersøgt risikofaktorer for tilkendelse af førtidspension i Sverige for mænd, der i 1992 var omkring 40 år. Heraf havde 2,6% fået tilkendt en førtidspension, og 63,4% heraf på baggrund af en psykiatrisk hoved- eller bidiagnose. De 599 med en psykiatrisk diagnose, som fik førtidspension, fordelte sig diagnostisk med 35,4% for psykose, 23,2% for misbrug og 41,4% for anden psykiatrisk diagnose. For alle med psykisk lidelse var følgende karakteristika prædiktorer for tilkendelse af førtidspension: lav emotionel kontrol, lav IQ og forældres skilsmisse. For psykotiske var det: lav emotionel kontrol, lav IQ og lav social støtte. For andre psykiatriske diagnoser: som for psykose plus arbejdsløshed efter folkeskoleuddannelse og lav vurdering af selvrapporteret helbred. For misbrug: afvigende adfærd, arbejdsløshed efter folkeskoleuddannelse og faderens sociale tilhørsforhold (kun for alkoholmisbrug). For ikke-psykiatriske diagnoser var det som for misbrugsrelaterede lidelser, men i mindre udalt grad, lav emotionel kontrol, lav social støtte og lav vurdering af selvrapporteret helbred.

Alexanderson & Norlund [30] har i Sverige fundet, at i 1980 var muskuloskeletal lidelse den diagnosegruppe, hvormed der var forbundet de største omkostninger til førtidspension, efterfulgt af psykisk lidelse og som nummer tre hjertesygdom. Den samme fordeling forekom i 1991. For muskuloskeletal lidelse var udgifterne steget med 69,6% og for psykisk lidelse med 28,6%, hvorimod et fald for hjertelidelse på 32,5%.

Rytsälä et al. [158] undersøgte i Finland prædiktorer for førtidspensionering i en population af indlagte og ambulante depressive patienter over 18 måneder. En multivariabel analyse viste, at alder, manglende faglært uddannelse, håbløshedsfølelse og *disability* var de betydende faktorer af en række sociodemografiske og kliniske faktorer.

Kivimäki et al. [159] har fundet, at længden af tidligere sygefravær er en stærk markør for senere tilkendelse af førtidspension.

2.5.11 Værdi af screening

Der findes et stort antal undersøgelser, der har undersøgt værdien af selvadministrerede screeningsinstrumenter med henblik på identifikation af uopdaget psykisk lidelse. De fleste undersøgelser retter sig mod almen praksis eller *primary care*, men omfatter også hospitalspopulationer, som foretaget af Fink et al. [160-162]. Der er ikke fundet undersøgelser, der har valideret selvadministrerede screeningsinstrumenter over for langtidssygemeldte patienter, men det er af relevans at gøre dette, da der i litteraturen har været fokus på underrapportering af psykisk lidelse i sygemeldingserklæringer [133, 137, 143].

En litteraturgennemgang af værdien af screening vil være omfattende. Det er imidlertid gjort af Hickie et al. [163], som i en oversigtsartikel over 1386 oversigtsartikler på området fandt fire artikler, der levede op til de opstillede kriterier for oversigtsartikler. På basis af denne oversigtsartikel kan det udtales, at der findes mange acceptable screeningsinstrumenter, og at rutinemæssig screening er af værdi. Forudsætningerne for en positiv værdi af screening er, at den instans, der anvender screening, føler sig forpligtet til at anvende informationen og organisatorisk indretter sig derefter. Screening vil være uetisk, hvis behandlingssystemet ikke har ressourcer og mulighed for at følge op på resultaterne i form af relevant behandling. På baggrund af screeningundersøgelser er der fundet hyppigheder af psykisk lidelse på op til 60% i almen praksis. Den prædiktive værdi af en positiv test ved anvendelse af screeningsinstrumenterne er fundet at være omkring 50%, hver anden screenet positiv har en psykisk lidelse. Der har været varierende meninger om, hvorvidt screening i så fald er acceptabel, men Hickie et al. [163] finder dette på ovennævnte vilkår.

Selvom der som nævnt ovenfor er foretaget en gennemgående undersøgelse af undersøgelser vedrørende værdi af screening, skal nogle få undersøgelser omtales her for at illustrere metoden. Da der ikke er fundet undersøgelser, der har valideret spørgeskemaer i forhold til langtidssygemeldte, vil der blive refereret til undersøgelser fra almen praksis, idet det er praktiserende læger, der afgiver de fleste sygemeldingsdiagnoser. Endvidere vil der blive fokuseret på instrumenter, der screener bredt for hyppigt forekommende psykiske lidelser i almen praksis.

Ved ekstern validering af screeningsinstrumenter sammenlignes screeningsinstrumentet med en golden standard. Her skal det erindres, at en golden standard ikke garanterer en fuldstændig nøjagtig sygdomsklassifikation, men en golden standard er et instrument eller metode, som har vist at have stor validitet, som pointeret af Kraemer [164]. Der er anvendt forskellige former for golden standard, men det optimale er undersøgelser, der har anvendt et detaljeret og struktureret diagnostisk instrument, som eksempelvis SCAN [165], og som er administreret af personer, der er uddannet i disse instrumenter.

Christensen et al. [166-169] har i en dansk undersøgelse undersøgt værdien af screening med CMD-SQ i almen praksis i en kontrolleret undersøgelse med anvendelse af en golden standard i form af en psykiatrisk undersøgelse foretaget med SCAN administreret af psykiatrisk trænede læger, der havde gennemgået kursus i SCAN. Efter en selvadministreret screening af patienter, der henvendte sig med et nyt problem i almen praksis, blev patienterne randomiseret i en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, hvor resultatet af screeningen for patienter i interventionsgruppen var kendt for den praktiserende læge ved dennes konsultation med patienten, mens dette ikke var tilfældet for patienter i kontrolgruppen. Undersøgelsen viste, at de praktiserende læger fandt 27,5% med psykisk lidelse i kontrolgruppen, og dette øgedes med 3,8%-point for interventionsgruppen. For patienter, der var screeningpositive, vurderede den praktiserende læge, at 38,6% havde en psykisk lidelse, og dette øgedes med 6,6%-point, hvis lægen havde kendskab til screeningsresultatet. Der var store forskelle mellem de praktiserende lægers opdagelsesgrad af psykisk lidelse. Screeningsinstrumentet medførte en relativt større stigning i grad af opdagelse af psykisk lidelse for de læger, der uden kendskab til screeningen havde de laveste opdagelsesrater. Toft [126] har fundet, at den totale punktprævalens for psykisk lidelse i den samme population var 49,7%. Dette må betyde, at der ved screening fortsat forekom 18,4% med uopdaget psykisk lidelse.

Fink et al. [170] og Munk-Jørgensen et al. [171] har i en nordisk multicenterundersøgelse med lignende metodologi som Christensen [166-169] i forrige undersøgelse anvendt screeningsinstrumentet SCL-25, et uddrag af SCL-90 [172], og som golden standard Present State Examination 9 og 10 i SCAN. I undersøgelsen fandtes, at praktiserende læger totalt set identificerede 44% af patienterne med psykisk lidelse, og modsat diagnosticerede de en psykisk lidelse hos 14%, hvor der ikke blev fundet en psykiatrisk diagnose ved den psykiatriske undersøgelse. Praktiserende lægers grad af diagnosticering blev ved en multivariabel analyse undersøgt i forhold til sociodemografiske faktorer hos patienten, og her var det kun beskæftigelse, der havde indflydelse, idet praktiserende læger kun diagnosticerede 33% af de psykiske lidelser for personer i arbejde mod 62% for personer uden arbejde. Der kunne ikke påvises nogen signifikant forskel i diagnosticeringsgraden i forhold til diagnose.

General Health Questionnaire, som er udviklet af Goldberg, har været anvendt som golden standard i mange undersøgelser. Goldberg & Bridges [173] anvendte det i en engelsk undersøgelse i almen praksis for patienter, der opsøgte praksis med et nyt problem, der var opstået inden for det seneste år. Den praktiserende læge skulle, uden kendskab til patientens selvrating på GHQ, vurdere tilstedeværelsen af et psykisk problem. En psykiater interviewede et udvalg af patienterne med henblik på diagnosticering af patienterne med Present State Examination-CATEGO (tidligere udgave af SCAN) og DSM-III.

Med anvendelse af en vægtet metodik fandtes en hyppighed af psykisk lidelse med GHQ på 33,2%, hvoraf de praktiserende læger for 51,4% havde vurderet, at det udelukkende drejede sig om en somatisk lidelse. Ved anvendelse af PSE-CATEGO fandtes hyppigheden af psykisk lidelse til 27%, hvoraf 48% var uopdaget af den praktiserende læge. Vurderet i forhold til PSE-CATEGO og DSM-III-diagnoserne, stillet af psykiateren, var specificiteten af de praktiserende lægers diagnosticering lidt bedre end specificiteten for GHQ, hvilket betyder, at de praktiserende læger var bedre til at udelukke raske patienter, hvorimod GHQ var betydeligt mere sensitiv end de praktiserende læger, hvilket betyder at GHQ i langt mindre grad overså patienter med en psykisk lidelse end de praktiserende læger.

Der har været anvendt andre former for golden standard. Spitzer et al. [174, 175] anvendte i *primary care* i USA et screeningssystem, PRIME-MD. Første del af dette instrument bestod af et spørgeskema udfyldt af patienten. Anden del, som var golden standard, bestod af et mere omfattende skema, som blev administreret af den praktiserende læge. For at validere denne anden del af skemaet blev et udvalg af patienter udtaget til undersøgelse af undersøgere med psykiatrisk uddannelse. Denne sidste validering viste kun moderat overensstemmelse mellem psykiatriske undersøgere og lægerne i *primary care* med en overordnet kappa-værdi på 0,71.

Weissman et al. [176] har valideret et computerbaseret system SDDS-PC, som er et selvadministreret screeningsinstrument for depression, angst, OCD og misbrug. Screeningen blev efterfulgt af et kort diagnostisk interview ved en sygeplejerske, og resultatet af dennes undersøgelse blev drøftet med den praktiserende læge. I undersøgelsen blev patienterne derefter interviewet med henblik på diagnostik ved psykiatriske undersøgere, der var specielt uddannet i diagnostik, og for hvem resultatet af undersøgelsen i almen praksis var ukendt. Der fandtes moderat overensstemmelse mellem undersøgelseserne i almen praksis og undersøgelseserne af den professionelle undersøger (kappa-værdier mellem 0,28 og 0,43 afhængig af diagnose).

2.5.12 Interventionsstudier

Som tidligere beskrevet er de faktorer, der spiller ind på en sygemeldingsproces, mangfoldige, hvilket bl.a. er beskrevet i den modificerede model af Labriola i Figur 2.1 [18] samt i modellerne af Franche & Krause [23] og Verbrügge & Jette [24]. Dette har motiveret en litteratursøgning med henblik på at undersøge, hvilke former for rehabilitering der har effekt på tilbagevenden til arbejde. En litteratursøgning på området er kompleks, da undersøgelserne omfatter et bredt spektrum af sygdomme, og undersøgelserne er foretaget med udgangspunkt i forskellige populationer. Endvidere omfatter effektmålene forskellige mål for psykopatologi, livskvalitet og sygefravær. Det primære mål for litteratursøgningen er at undersøge, om de beskrevne interventioner har haft effekt på antal sygedage indtil tilbagevenden til arbejde. I enkelte

undersøgelser er dette mål inkluderet i mere overordnede mål for økonomisk effektivitet. I nogle tilfælde er det vanskeligt at afgøre, om forskellige artikler omfatter den samme undersøgelse, eller om der er tale om forskellige undersøgelser. Nogle artikler omfatter flere interventioner.

Det har ikke været muligt inden for rammerne af herværende undersøgelse at lave en fuldstændig litteraturgennemgang inden for området med validering af artiklernes forskningsmæssige kvalitet, som eksempelvis foreslået af Oxman & Guyatt [177]. Referencerne fremgår ikke af litteraturlisten, men forefindes hos forfatteren.

Søgningen er foretaget på PubMed-MEDLINE med fri tekst-søgning med følgende kriterier:

- ▶ *controlled trial*, omfattende ikke-randomiserede undersøgelser, randomiserede undersøgelser og cluster-randomiserede undersøgelser
- ▶ *intervention, treatment, vocational rehabilitation, workplace*
- ▶ *sick-leave, sickness absence, return to work*.

Af de fremkomne artikler ved søgningen er der udvalgt artikler, der beskriver non-invasive rehabiliteringsmetoder. Søgefeltet er afgrænset til muskuloskeletal lidelse, herunder lændesmerter, smerter i mere generel forstand, somatisering, hjertelidelse og psykisk lidelse. Endvidere er der udvalgt undersøgelser specifikt omhandlende langtidssygemeldte og herunder personer med risiko for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

I alt fremkom 126 artikler, se Tabel 2.1. Undersøgelser af behandling for lændesmerter udgør langt den største gruppe med 67 undersøgelser. Dernæst følger muskuloskeletal lidelse i mere bred forstand med 21 undersøgelser, 13 undersøgelser af hjertelidelse, 10 undersøgelser af psykisk lidelse, fem af somatisering og tre af smertetilstande. Syv undersøgelser falder uden for den diagnostiske kategorisering, men omhandler sygemeldte i rehabiliteringsprogrammer.

Søgningen viste, at der overordnet set er tale om to typer af intervention:

- ▶ intervention af medicinsk karakter, der specifikt er rettet mod en given sygdom
- ▶ intervention med biopsykosocial tilgang

Af 67 undersøgelser af intervention over for lændesmerter omhandlede 21 interventioner af rent medicinsk karakter i form af fysisk træning og manipulation. I 11 af disse 21 undersøgelser viste interventionen positiv effekt. De resterende 46 undersøgelser omfattede forskellige former for intervention, som alle i større eller mindre grad var bredere i tilgangen til behandling, bl.a. omfattende psykosociale aspekter. Der var

Tablet 2.1 Resultat af litteratursøgning om intervention

Behandling	Positiv effekt af intervention	Ingen effekt eller negativ effekt af intervention
<u>Lændesmerte:</u>		
Multidisciplinær	7	1
Klinisk udredning	6	1
Psykologisk, generel	3	3
Kognitiv/adfærdsmæssig	9	3
Rygskole	2	6
Fysisk træning/manipulation	11	10
Andet	4	1
<u>Muskuloskeletal lidelse, generelt:</u>		
Multidisciplinær	7	1
Kognitiv/adfærdsmæssig	6	1
Andet	3	3
<u>Smerte:</u>		
Individuelt med intensiv psykologisk intervention	3	0
<u>Somatisering:</u>		
Multidisciplinær	1	1
Psykologisk rehabiliteringsprogram	1	2
<u>Psykisk lidelse:</u>		
Individuel problemløsning, kurser, kognitiv/adfærdsmæssig	8	2
<u>Hjertelidelse:</u>		
Træning/rådgivning/uddannelse	2	6
Andre	3	2
<u>Langtidssygemeldt:</u>		
Multidisciplinær	3	1
Andre	2	1

positiv effekt i 31 ud af 46 interventioner. De mest overbevisende interventioner var interventioner med en multidisciplinær tilgang med et bredt sammensat team, der varetog undersøgelse og behandling inden for kliniske, psykosociale og arbejdsmiljømæssige områder. I syv af otte undersøgelser var der positiv effekt af interventionen. Andre undersøgelser omhandlede en grundig og bred klinisk udredning, ud fra hvilken der kunne foretages en gruppering af sværhedsgrad og individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringen med positiv effekt i seks ud af syv undersøgelser. I undersøgelser, hvor smerteopfattelse, smertereduktion og funktionstræning blev anskuet ud fra en kognitiv/adfærdsmæssig tilgang, var der positiv effekt i ni ud af 12 undersøgelser. Rygskole omfatter nogle af de samme elementer, men viste kun effekt i to ud af otte undersøgelser. Undersøgelser af en mere generel psykologisk tilgang af samtaleterapeutisk karakter viste tvetydige resultater med tre undersøgelser ud af seks med positiv effekt.

For muskuloskeletal lidelse generelt viste multidisciplinære interventioner effekt i syv af otte undersøgelser, og for interventioner med kognitiv og adfærdsmæssig tilgang var der positiv effekt i seks af syv undersøgelser. Interventioner over for smerte var individuelle og indeholdt kognitiv/adfærdsmæssig tilgang. Der var positiv effekt i tre ud af tre undersøgelser. Undersøgelser med intervention over for somatiseringstilstande viste ingen overbevisende effekt. Interventionerne over for psykisk lidelse var af meget forskellig karakter omfattende individuel problemløsning, kurser, kognitiv og adfærdsmæssig tilgang. I otte ud af 10 undersøgelser var der positiv effekt. Det drejede sig hovedsageligt om interventioner over for depressive tilstande. Interventioner over for hjertelidelse drejede sig hovedsageligt om fysiske træningsprogrammer kombineret med undervisningsprogrammer i forhold til hjertelidelsen. Interventionerne over for langtidssygemeldte var hovedsageligt af multidisciplinær tilgang, og de viste effekt af interventionen i fem af syv undersøgelser.

Af de 126 artikler er de 18 oversigtsartikler, som alle omhandlede effekt af intervention over for lændesmerter. En gruppe på fire undersøgelser omhandlede effekten af sengeleje kontra aktivitet i forbindelse med akutte lændesmerter, og alle viste, at der var bedre effekt af aktivitet frem for sengeleje. En anden gruppe på syv undersøgelser var af mere blandet karakter, men indeholdt alle interventioner med psykologisk eller adfærdsmæssig tilgang, og ofte kombineret med træningsaktiviteter. Alle syv undersøgelser viste positiv effekt. Tre undersøgelser omhandlede multidisciplinær intervention, og de viste alle positiv effekt af interventionen.

Med de forbehold, der må tages for den valgte metode i literaturgennemgangen, kan det konkluderes, at resultaterne ikke er absolut entydige. Resultaterne er dog overbevisende for multidisciplinære interventioner og interventioner omfattende kognitiv og adfærdsmæssig tilgang, uanset gruppen af

sygemeldte, bortset fra undersøgelser af hjertelidelse, hvor der ikke er identificeret undersøgelser, der specifikt beskriver en sådan tilgang.

En dansk medicinsk teknologivurdering [178] har behandlet interventioner over for ryglidelse. Rapporten lægger vægt på en grundig udredning af personer med ryglidelse samt grundig og individuel information om den enkeltes lidelse og dennes godartede og selvbegrænsende karakter. Der lægges vægt på den ryglidendes aktive deltagelse i rehabiliteringen. For mere kroniske tilstande lægges endvidere vægt på en multifaktoriel tilgang i rehabiliteringen. Derimod lægges ikke megen vægt på en kognitiv/adfærdsmæssig tilgang i behandlingen, selvom disse elementer formodentlig er repræsenteret implicit i den grundige, informative og selvaktiverende indsats over for den ryglidende.

Vlaeyen & Linton [179] dokumenterer i en oversigtsartikel, at en teori om *fear avoidance* kan være en forklaring på, hvorfor nogle mennesker udvikler en invaliderende smertetilstand ved muskuloskeletal lidelse, uden at der kan findes en objektiv forklaring på tilstanden. *Fear avoidance* er en tilstand, hvor personen har øget opmærksomhed på og tanker om, hvilke skader der kan opstå som følge af en akut smertetilstand. For de fleste personer vil en akut smertetilstand være forbigående, men ved tilstedeværelse af *fear avoidance* opstår der angst for, hvad smerten kan betyde, og hvad den kan medføre af skade for personen. Der er tale om en *hypervigilant* tilstand, hvor der er øget opmærksomhed på smerten og andre kropslige fornemmelser. Frygten for smerten og frygten for dens betydning fører til undgåelsesadfærd over for bevægelse og andre aktiviteter, der udløser smerten. Denne undgåelsesadfærd fører til en forværring af tilstanden og dermed en kronisk udvikling. På det eksperimentelle plan er der stor konsistens imellem de psykologiske og fysiologiske undersøgelser, der er udført i forbindelse med udforskning af teorien. Teorien er mindre afprøvet i klinisk praksis, men teorien er i overensstemmelse med resultater, der viser, at sengeleje ved lændesmerter er skadelig. Der er udviklet screeningsinstrumenter, der i et tidligt stadium kan forudsige, hvilke smertepatienter der vil reagere med *fear avoidance*. Teorien er i god overensstemmelse med en kognitiv/adfærdsmæssig tilgang til behandling af smerte. Ifølge teorien er der tale om en specifik kognitiv og adfærdsterapeutisk tilgang, der over for patienten forklarer smertens natur og dokumenterer og forsikrer om den uskadelige konsekvens af smerten. Denne specificitet i den kognitive tilgang kan måske forklare diversiteten i undersøgelsesresultaterne, da kognitiv terapi kan have et varieret indhold. Yderligere klinisk forskning med udgangspunkt i teorien synes at rumme muligheder for en mere effektiv smertebehandling.

Undersøgelser af psykisk lidelse af ikke-psykotisk natur og stresstilstande

På baggrund af herværende undersøgelses totale litteraturgennemgang er der fundet 31 artikler med 24 interventioner omhandlende psykisk lidelse af ikke-psykotisk natur og stressrelaterede tilstande. Interventionerne kan inddeles som følger:

- ▶ Administrative reformer
- ▶ Træning af praktiserende læger og andet personale i specifikke terapiformer
- ▶ Diagnosespecifik patientorienteret intervention
- ▶ Intervention over for patienter med risiko for tidlig pensionering eller tab af job

Administrative reformer

Litteratursøgningen udkom med fem artikler om fire interventioner i form af administrative ændringer. To interventioner omfattede en lovændring med udelukkelse af sygemeldte uden medicinsk årsag fra sygemelding, bedre information i lægeerklæringer og øget brug af deltidssygemelding efter en lovændring [180, 181]. Én randomiseret kontrolleret undersøgelse omfattede en intensiveret gennemgang af sygemeldingserklæringer ved otte ugers sygemelding ved en sagsbehandler og en læge [69]. Én kontrolleret undersøgelse omfattede øget informationsudveksling mellem involverede parter [182, 183]. Ingen af interventionerne medførte nogen nedsættelse i antal sygedage.

Træning af praktiserende læger og andet personale i specifikke terapiformer

I otte artikler gik fem interventioner ud på at uddanne og træne praktiserende læger i diagnostik og behandling af depression. En af disse fem interventioner omfattede også uddannelse og træning af sygeplejersker. En artikel omhandlede intervention ved socialrådgivere, som også blev uddannet og trænet i diagnostik og behandling af depression. Bakker et al. [184] fandt ingen effekt af en sådan intervention. Rutz et al. [185, 186] fandt fald i antal sygedage, skift af medicinering fra benzodiazepiner til antidepressiva og lavere selvmordsrater. Effekten af interventionen ebbede ud i løbet af få år efter ophør af interventionen. Rost et al. [187] og Lo Sasso et al. [188] fandt i én undersøgelse og Smith et al. [189] i en anden undersøgelse, at antallet af sygedage faldt, samt at flere sygemeldte var i arbejde et år efter interventionen. Brouwers et al. [190-192] fandt ingen effekt af behandling ved socialrådgivere.

Diagnosespecifik patientorienteret intervention

Ovennævnte ni artikler om interventioner var diagnosespecifikke og patientorienterede i interventionen i den forstand, at interventionerne omfattede individuel kontakt med patienten personligt eller ved brev. Herudover er der fundet 11 artikler omfattende ni interventioner, som var patientorienterede i samme betydning, men med flere forskellige typer af intervention. van der Klink et al. [193] fandt efter intervention i form af

henvisning til arbejdsmediciner af patienter med tilpasningsforstyrrelse, at antallet af sygedage var faldet efter tre måneder og 12 måneder. Fleten & Johnsen [194] fandt generelt ikke effekt af et personligt tilsendt brev indeholdende information om muligt arbejdsrelaterede forhold, men dog effekt for sygemeldte med psykisk lidelse og for sygemeldinger over 12 uger. Kawakami et al. [195, 196] fandt i en undersøgelse effekt af personlig rådgivning angående stressreduktion, men i en tidligere undersøgelse, at der ikke var effekt af et postmodtelt brev med rådgivning angående stressreduktion. Bower et al. [197] konkluderede forsigtigt, at der muligvis var en økonomisk positiv effekt af kognitiv terapi over for deprimerede sammenlignet med almindelig rådgivning. Schilte et al. [198] fandt, at disclosure (samtaler om tidligere og aktuelt belastende forhold i tilværelsen) over for patienter med somatisering øgede antallet af sygedage. Nystuen et al. [199, 200] fandt ikke effekt af problemorienteret terapi. Nieuwenhuijsen et al. [201, 202] fandt ved audit med angivelse af kvalitetsmål for rehabilitering, at jo større kvalitet og kontinuitet, der var i rehabiliteringen, des færre sygedage. Löfvander [203] undersøgte i en randomiseret kontrolleret undersøgelse effekten af en intervention med støttende samtaler over for immigranter med smerte og fandt, at flere kom i arbejde.

Intervention over for patienter med risiko for tidlig pensionering eller tab af job

Denne gruppe omfatter seks interventioner. Marnetoft et al. [204] fandt, at en multidisciplinær behandling af sygemeldte ikke førte til nogen reduktion i antal sygedage efter tre og 12 måneder, men at udbetaling af offentlige ydelser var faldet for interventionsgruppen efter 12 måneder. Nieuwenhuijsen et al. [205] undersøgte effekten af kontakt mellem den sygemeldte og en supervisor i firmaet, hvor vedkommende var ansat. Kvaliteten af kontakten blev vurderet, men der fandtes ingen sammenhæng mellem kvaliteten af kontakten og reduktion i antal sygedage, hvorimod hyppigheden af kontakten var positivt associeret med færre sygedage. Bonde et al. [206] fandt i en randomiseret kontrolleret undersøgelse af sygemeldte med risiko for langtidssygemelding eller tab af job ingen effekt på reduktion i antal sygedage ved rådgivning fra socialrådgiver. de Boer et al. [207] fandt i en randomiseret kontrolleret undersøgelse af arbejdere med risiko for tidlig pensionering, at der indtraf en reduktion i antal syge, og at der gik længere tid indtil pensionering ved rådgivning fra arbejdsmediciner. Malcolm et al. [208] undersøgte i et forløbsstudium effekten af en intervention med rutinemæssig henvisning til arbejdsmediciner efter 90 dages sygemelding og fandt, at interventionen medførte en reduktion i sygemeldingsvarigheden. Høgelund & Holm [209] fandt for langtidssygemeldte over otte uger, at et case management interview øgede raten for tilbagevenden til arbejde i forhold til en tidligere arbejdsgiver, men ikke i forhold til en ny. Forklaringen kunne være bedre informationsudveksling med en tidligere arbejdsgiver, hvorimod dette ikke var muligt over for en ny arbejdsgiver. Forholdet var omvendt for personer, der var sygemeldt på grund af psykisk lidelse.

Oversigtsartikel

van der Klink et al. [210] har foretaget en metaanalyse af interventioner over for arbejdsrelateret stress på baggrund af 48 undersøgelser. Der blev skelnet mellem fire typer af intervention. Den ene type bestod af organisatoriske interventioner, der ikke indebar kontakt med patienterne. De tre andre typer af intervention indebar kontakt med patienterne i form af kognitiv/adfærdsmæssig terapi, afslapningsteknikker og multimodal terapi (både aktive og passive copingstrategier). Der fandtes stor diversitet i resultaterne af undersøgelserne, men overordnet set havde interventioner med kognitiv/adfærdsmæssig tilgang de bedste resultater, fulgt af multimodal terapi, dernæst afslapningsteknikker og sidst organisatoriske interventioner. Der påvistes en ikke-signifikant stigning i antal sygedage.

Generel, personligt orienteret intervention

Denne gruppe af interventioner retter sig mod befolkningen i bred forstand og ansatte i firmaer i profylaktisk øjemed med individuel rådgivning over for personer uden tilstedeværelse af nogen psykisk eller anden lidelse. Gruppen omfatter syv artikler om seks interventioner. To interventioner rettede sig mod ansatte i risikofyldte job for udvikling af stress [211, 212]. Doctor et al. [211] undersøgte i en randomiseret kontrolleret undersøgelse effekten af grupperådgivning over for politibetjente, men fandt ingen reduktion i antal sygedage. Smoot & Gonzales [212] undersøgte i en quasi-eksperimentel undersøgelse effekten af træning i empati for ansatte på psykiatrisk afdeling og fandt en nedsættelse i antal sygedage og i personaleafgang fra de deltagende afdelinger. Schrijnemakers et al. [213] fandt ikke dette i en lignende undersøgelse. Proper et al. [214, 215] fandt i en randomiseret kontrolleret undersøgelse, at individuel rådgivning om kost og motion førte til fald i antal sygedage. En randomiseret undersøgelse omfattende rådgivning og fysiske træningsprogrammer for ansatte på posthus medførte ikke nogen ændring i antal sygedage [216]. Et forløbsstudium med mulighed for valgfrie kompenserede fraværsdage i løbet af et år førte heller ikke til nogen ændring i antal sygedage [217].

2.6 Sammenfatning

- ▶ Sygefravær er en proces, der påvirkes af en lang række faktorer, selve sygdommen, personlighedskarakteristika hos den sygemeldte, den sygemeldtes motivation, den sygemeldtes egen opfattelse af sygdommen, den sygemeldtes sociale forhold, arbejdsmiljø, samfundsforhold, sundhedsvæsen og socialvæsen.
- ▶ Indsatsen over for den sygemeldte med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet samt forskning angående sygemelding skal tage udgangspunkt i en faseopdeling af sygemeldingen, idet de faktorer, der påvirker processen, er forskellige eller har forskellig vægt, afhængig af fasen. Faseopdelingen kan være baseret på tidsmæssige kriterier eller kriterier, der mere kvalitativt beskriver den sygemeldtes stadium i processen.
- ▶ Forskning i sygefravær er behæftet med stor kompleksitet, som gør resultater vanskeligt sammenlignelige, dels fordi forskningen stammer fra forskellige discipliner med forskellige modeller for sygefravær, og mere konkret på grund af stor variation i definition af effektmål og risikofaktorer. På trods af disse metodologiske problemstillinger er det muligt ud fra litteraturen at udlede en række holdbare resultater.
- ▶ Hyppigheden af psykisk lidelse i befolkningen varierer i forskellige undersøgelser, for 12-måneders prævalenser af psykisk lidelse totalt 10% - 27%, for depression 4% - 9%, for angst 6% - 12% og for alkoholmisbrug 1% - 5% (se Kapitel 1).
- ▶ Psykisk og somatisk lidelse medfører en betydelig nedsættelse af livskvaliteten, for psykiske lidelser selvsagt mest på psykiske områder og for somatiske lidelser mest på fysiske områder, men for begge grupper af sygdomme med påvirkning af begge områder. For depression er der en betydelig påvirkning af fysiske områder. Psykiske lidelser medfører en reduktion af livskvaliteten, der er på niveau med eller større end for kroniske somatiske lidelser.
- ▶ Sociale forhold har ringe indflydelse på livskvaliteten sammenlignet med sygdomsforhold, bortset fra dårlige økonomiske forhold og arbejdsløshed samt en nedsættelse af den fysiske livskvalitet med stigende alder. Alder har beskeden indflydelse på den psykiske livskvalitet.
- ▶ Komorbiditet (samtidig forekomst af flere lidelser) reducerer livskvaliteten yderligere, for nogle diagnosekombinationer med additiv effekt og for andre diagnosekombinationer med potenserende effekt.
- ▶ Tilstedeværelsen af en somatisk lidelse øger risikoen for en samtidig tilstedeværelse af en eller flere psykiske lidelser, og tilstedeværelsen af en psykisk lidelse øger risikoen for samtidig tilstedeværelse af somatiske lidelser.
- ▶ Psykiske lidelser øger sygefraværet på niveau med kroniske somatiske lidelser eller mere.

- ▶ Komorbiditet, hvad enten der er tale om samtidig forekomst af somatisk lidelse og psykisk lidelse eller samtidig forekomst af flere psykiske lidelser, øger sygefraværet, for visse sygdomskombinationer med additiv effekt og for andre kombinationer med en potenserende effekt.
- ▶ Langt sygefravær påvirkes ud over sygdommen af en række andre faktorer, hvor stigende alder, lav indtægt, dårlige sociale kår, arbejdsløshed, arbejdsmiljø og sygdomsopfattelse er af stor betydning. Med hensyn til kønsforskelle er sygemeldingsraten højere for kvinder end for mænd, hvorimod mænd ved sygemelding har længere sygefravær end kvinder. Ved tilstedeværelse af psykisk lidelse er mænd mere påvirkelige af denne i forhold til øget sygefravær end kvinder.
- ▶ Psykiske lidelser udgør en stigende andel af personer, der får tilkendt førtidspension, især for yngre personer.
- ▶ Langt sygefravær er en risikofaktor for tilkendelse af førtidspension.
- ▶ Psykiske lidelser opdages i ca. halvdelen af tilfældene ikke i almen praksis, hvilket skyldes, at psykiske lidelser ofte præsenterer sig med somatiske symptomer eller er komorbide med somatiske lidelser, og hvor der fokuseres på de somatiske elementer frem for de psykiske elementer.
- ▶ Screening for psykisk lidelse er af værdi under forudsætning af, at den instans, der anvender screening, indretter sig organisatorisk derefter, samt at der er ressourcer og mulighed for at følge op på resultaterne og tilbyde relevant behandling.
- ▶ Interventionsstudier viser, at interventioner med en kognitiv/adfærdsmæssig tilgang samt en multidisciplinær tilgang til rehabilitering har større effekt end andre typer af intervention. Interventionerne har mindre effekt på reduktion af antal sygedage end på reduktion af psykopatologi og forbedring af livskvalitet.

3. Studiepopulation, data, intervention og metode generelt

3.1 Studiepopulation

Undersøgelsen er foretaget i seks kommuner, Egvad, Herning, Holmsland, Ringkøbing, Skjern og Videbæk, i det tidligere Ringkøbing Amt, som nu er en del af Region Midtjylland. Befolkningstallet var pr. 1. november 2004 på 117.106 indbyggere, hvoraf 50,6% boede i Herning Kommune. På nær Herning Kommune er kommunerne mindre til middelstore kommuner med mindre byer. Undersøgelsespopulationen omfatter sygemeldte, som havde den første sygedag i perioden mellem 30. august 2004 og 29. august 2005, og som senere viste sig at have et kontinuert sygemeldingsforløb, der overskred otte uger (**indeks-sygemeldingen**). Projektet fik meddelelse om sygemeldte fra de deltagende kommuner. Ugentligt blev det afgjort, hvilke sygemeldte der havde overskredet otte ugers sygemelding. I alt fik projektet fra kommunerne oplysning om 2.414 langtidssygemeldte, der overskred otte ugers sygemelding, i undersøgelsen kaldet langtidssygemeldte, og de blev inkluderet i undersøgelsen (se Figur 3.1). Undersøgelsen indeholder kun incidente (nytilkomne) langtidssygemeldte.

Det viste sig senere, at kommunerne har en latenstid på tilbage melding fra sygemeldte og arbejdsgivere om, hvornår den sygemeldte igen er gået i arbejde efter en sygemelding, hvilket var årsag til, at en mindre procentdel alligevel ikke havde haft over otte ugers sygemelding. Denne procentdel kendes ikke for totalgruppen, men kun for 856 langtidssygemeldte, for hvem der blev indhentet supplerende data (Årsskema og sygemeldingsdiagnoser, se senere) fra kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger. Af disse 856 langtidssygemeldte var der otte sygemeldte (0,9%) med en sygemeldingsvarighed på otte uger eller derunder. Disse sygemeldte er bevaret i totalgruppen, idet en udelukkelse ville kunne medføre, at de ikke ville blive inkluderet, hvis der senere opstod en ny sygemeldingsperiode på over otte uger, som følge af inklusionskriterier om, at samme langtidssygemeldte kun kunne indgå i undersøgelsen med første sygemelding kontinuert over otte uger. Der var 191 (7,9%) af de 2.414 langtidssygemeldte, der i det først udsendte spørgeskema, Spørgeskema-1, til den langtidssygemeldte svarede, at de var gået i arbejde igen. Langtidssyge-

meldte, der var gået i arbejde igen, indgik i dele af undersøgelsen, men blev udelukket fra randomisering til den senere beskrevne randomiserede kontrollerede undersøgelse. Denne gruppe på 191 indeholder således langtidssygemeldte, der har været sygemeldt over otte uger og kort tid efter raskmeldt, inden returnering af Spørgeskema-1. I Kapitel 11 foretages detaljerede bortfaldsanalyser.

Afgrænsningen af sygemeldingsperioden til over otte kontinuerlige uger er arbitrær, men er primært valgt, fordi den danske lovgivning om sygedagpenge bestemmer, at der ved uge otte skal være foretaget visitering og udarbejdet handleplan med henblik på rehabilitering i forhold til arbejdsmarkedet [19-22]. Langtidssygemeldte, der var under 18 år på den dag, hvor sygemeldingsperioden overskred otte uger, er udelukket af undersøgelsen. Det samme gælder langtidssygemeldte, der ikke kunne forstå dansk, og kvinder, der var sygemeldt på grund af graviditet. Oplysning om sygemelding på grund af graviditet fremgår af en anden liste i kommunen, hvorfor det blev besluttet ikke at inkludere disse.

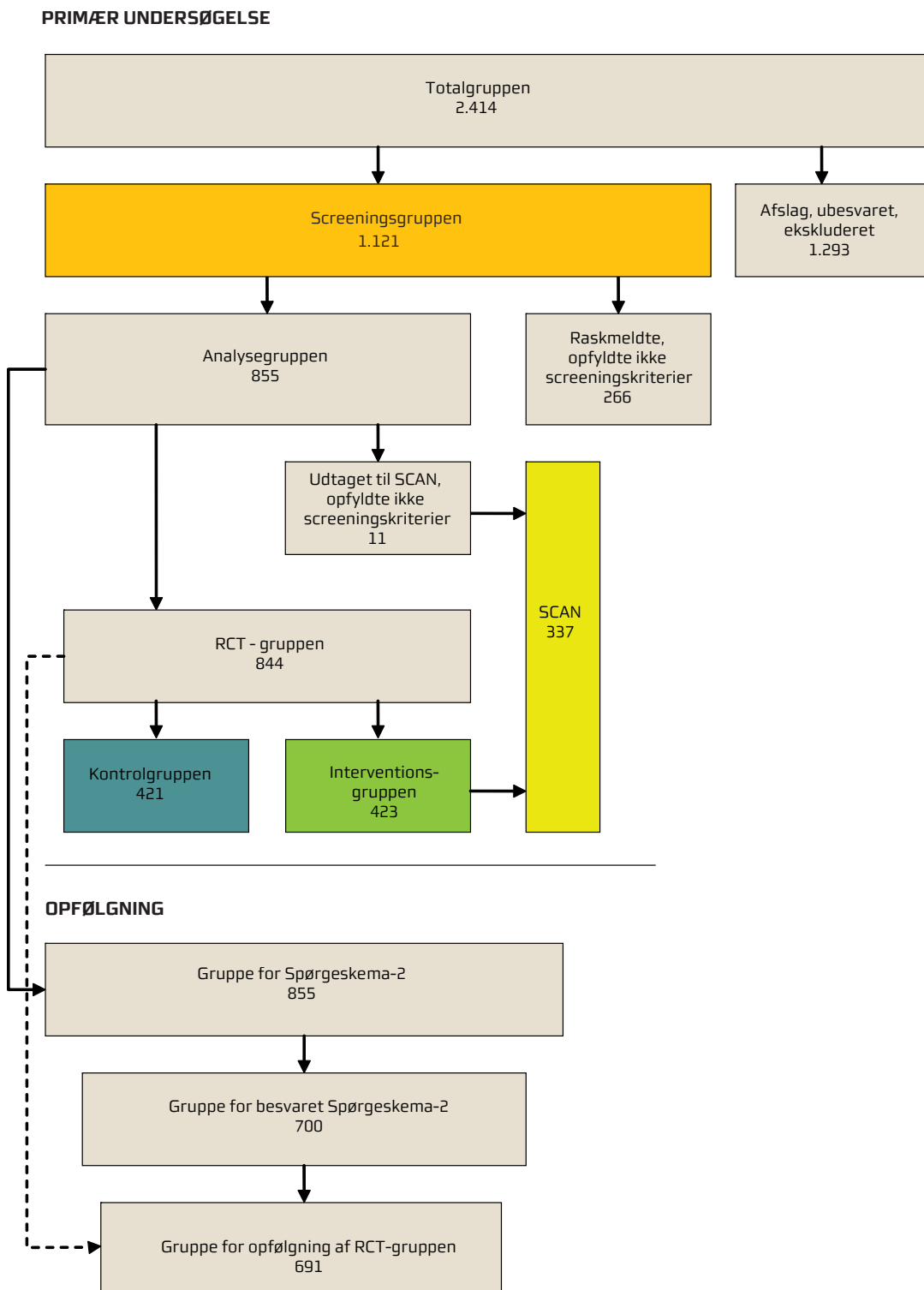
Alle 2.414 fik tilsendt Spørgeskema-1. Undersøgelsen består af flere delundersøgelser med et varierende antal deltagende langtidssygemeldte, hvorfor datamaterialet kan opdeles i følgende delmaterialer (se Figur 3.1):

Totalgruppen

Totalgruppen består af samtlige 2.414 langtidssygemeldte, der alle fik **tilsendt Spørgeskema-1**. Bortfaldet ved udsendelse af Spørgeskema-1 kaldes **Bortfald-1**. Spørgeskema-1 blev returneret af 1.122 langtidssygemeldte, hvoraf én langtidssygemeldt senere ønskede alle data slettet. Gruppen, der har besvaret Spørgeskema-1, udgør således 1.121 langtidssygemeldte (46,4%). For Bortfald-1 er data tilgængelige i form af køn, alder, bopælskommune og data fra DREAM-registret [218]. Gruppen anvendes til følgende delundersøgelse:

- ▶ Bortfaldsanalyser ved Bortfald-1 (Kapitel 11)

Figur 3.1 Flowchart for dannelse af grupper



Screeningsgruppen

Screeningsgruppen består af de 1.121 langtidssygemeldte, der **tilbagesendte et udfyldt Spørgeskema-1**, som bl.a. omfattede spørgeskemaet til screening for den randomiserede kontrollerede undersøgelse, CMD-SQ [166, 167, 169]. Screeningsgruppen er sammensat af 845 langtidssygemeldte, der screenede positivt for deltagelse i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, hvoraf én sygemeldt senere ikke ønskede at deltage, hvorfor denne langtidssygemeldte overgik til Bortfald-1. Der var 266, der blev udelukket fra den randomiserede kontrollerede undersøgelse, heraf 191 langtidssygemeldte, der angav sig raskmeldte på spørgeskemaet, samt 75 langtidssygemeldte, der ikke opfyldte screeningskriterierne. Der var yderligere 11 langtidssygemeldte, der ikke opfyldte screeningskriterierne, men som tilfældigt blev udtaget til at deltage i en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse ved speciallæge i psykiatri, som var interventionen i den randomiserede kontrollerede undersøgelse (se Tabel 3.1 for inklusionskriterier). Denne gruppe på 11 langtidssygemeldte,

der ikke opfyldte screeningskriterierne, men som tilfældigt blev udtaget til psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, blev udtaget til herværende undersøgelse for at have et udvalg af langtidssygemeldte, der ikke opfyldte screeningskriterierne med i undersøgelsen til brug ved validering af CMD-SQ. Af disse var der kun otte, der blev diagnostisk undersøgt, idet tre ikke ønskede at deltage i den diagnostiske undersøgelse. For alle i screeningsgruppen forelå data fra Spørgeskema-1 samt oplysninger om sygemeldingsdiagnose, som blev oplyst af kommunen efter et år. Screeningsgruppen danner grundlag for følgende delundersøgelser:

- ▶ Validering af Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ) (Kapitel 4)
- ▶ Hyppighed af psykisk lidelse og komorbiditet (Kapitel 5)
- ▶ Sociodemografiske forhold (Kapitel 6)
- ▶ Sygemeldingsdiagnoser (Kapitel 7)
- ▶ Livskvalitet (Kapitel 8)

Tabel 3.1 Beskrivelse af skalaer i CMD-SQ og inklusionskriterier for randomiseret kontrolleret undersøgelse

CMD-SQ skalaer	Vedrører	Spørgsmål nr.	Sum-score	Skala-score	Inklusionskriterier for RCT-gruppen*
CMD-SQ	Alle symptomer	1-36	0-144	0-36	-
<u>Oprindelige skalaer:</u>					
SCL-SOM	Somatisering	1-12	0-48	0-12	4
Whiteley-7	Sygdomsbekymring og sygdomsoverbevisning	13-19	0-28	0-7	2
SCL-ANX4	Angst	20-23	0-16	0-4	3
SCL-8	Psykiske symptomer generelt	21-28	0-32	0-8	2
SCL-DEP6	Depression	27-32	0-24	0-6	3
CAGE	Alkoholmisbrug	33-36	0-4	0-4	2
<u>Sammensatte skalaer:</u>					
SCL-8AD	Depression, angst og psykiske symptomer generelt	20-32	0-52	0-13	-
SOM-WHI	Somatisering, sygdomsbekymring og sygdomsoverbevisning	1-19	0-76	0-19	-

*) Minimumscore ved dikotomisering af items mellem 0 og 1

Analysegruppen

Analysegruppen består af langtidssygemeldte, der **opfyldte screeningskriterierne for at indgå i den randomiserede kontrollerede undersøgelse samt gruppen, der blev udtaget til psykiatrisk diagnostisk undersøgelse uden at opfylde disse kriterier**. Gruppen bestod oprindeligt af 856 langtidssygemeldte, hvoraf den langtidssygemeldte, der senere ønskede at udgå. Gruppen af langtidssygemeldte, der ikke opfyldte screeningskriterierne, men som blev udtaget til psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, udgjorde 11 langtidssygemeldte, og de resterende 844 langtidssygemeldte indgik i den randomiserede kontrollerede undersøgelse. Der blev for analysegruppen et år efter udsendelse af Spørgeskema-1 indhentet opfølgende oplysninger fra kommunen i et **årsskema** omfattende sygemeldingsdiagnoser (for hele screeningsgruppen), oplysninger om afsluttet eller fortsat sygemelding, og i tilfælde af afsluttet sygemelding, dato for denne samt årsag til ophør af sygemelding, rehabiliteringsmæssige og afklarende foranstaltninger (lægeerklæringer og psykologerklæringer) samt andre data i relation til funktion på arbejdsmarkedet.

Analysegruppen danner ikke i sin helhed grundlag for delundersøgelser i herværende undersøgelse.

RCT-gruppen

RCT-gruppen udgøres af den **delmængde af analysegruppen på 844 langtidssygemeldte, der indgik i den randomiserede kontrollerede undersøgelse**. Gruppen er sammensat af følgende to grupper:

interventionsgruppen kontrolgruppen.

Af de 844 langtidssygemeldte blev 423 randomiseret til interventionsgruppen og 421 til kontrolgruppen. Der var oprindeligt randomiseret 424 til interventionsgruppen, men gruppen blev reduceret med den langtidssygemeldte, der senere ikke ønskede at deltage. Når antallet ikke er lige store i interventionsgruppen og kontrolgruppen, skyldes det, at der blev randomiseret på kommuneniveau. Data tilgængelige for denne gruppe er de samme som for analysegruppen. Gruppen anvendes til følgende delundersøgelser:

- ▶ Sociodemografiske forhold (Kapitel 6)
- ▶ Sygemeldingsdiagnoser (Kapitel 7)
- ▶ Varighed af sygemeldinger (Kapitel 10)

Gruppe for Spørgeskema-2

Gruppe for Spørgeskema-2 udgår fra **RCT-gruppen og de 11 langtidssygemeldte, der blev udtaget til psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, men som ikke opfyldte screeningskriterierne**. Af denne gruppe var ni døde og to havde meddelt, at de ikke ønskede at deltage yderligere, hvorfor **Spørgeskema-2** blev udsendt til 845 langtidssygemeldte, hvoraf 700 besvarede skemaet.

Gruppe for Spørgeskema-2 danner ikke i sin helhed grundlag for delundersøgelser i herværende undersøgelse.

Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen

Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen udgøres af den **delmængde af gruppe for Spørgeskema-2, der indgik i RCT-gruppen**. Gruppen består af 691 langtidssygemeldte, hvilket udgør 81,9% af RCT-gruppen. Bortfaldet for denne gruppe kaldes **Bortfald-2**. Gruppen er anvendt til følgende delundersøgelser:

- ▶ Bortfaldsanalyser ved Bortfald-2 (Kapitel 11)
- ▶ Opfølgning efter et år (Kapitel 9)

Gruppe for deltagelse i psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, SCAN

Gruppe for deltagelse i psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, SCAN, består af 337 langtidssygemeldte, der gennemgik den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse omfattende SCAN. Gruppen bestod i sit udgangspunkt af de 423 langtidssygemeldte i interventionsgruppen samt 11 langtidssygemeldte, der var udtaget til den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse, og som ikke opfyldte screeningskriterierne for RCT-gruppen. Af de 423 langtidssygemeldte i interventionsgruppen blev 329 (77,8%) undersøgt ved psykiatrisk diagnostisk undersøgelse. De væsentligste grunde til, at det ikke var alle i interventionsgruppen, der gennemgik den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse, var, at 27 (6,4%) nåede at blive raskmeldt, inden der kunne etableres en undersøgelse, 47 (11,1%) ønskede ikke at deltage i undersøgelsen, for 17 (4,0%) var det ikke muligt at træffe den langtidssygemeldte angående aftale om undersøgelse, og for resten var der andre grunde. Af de 11 langtidssygemeldte, der ikke opfyldte inklusionskriterierne for RCT-gruppen, men som var udtaget til undersøgelse, ønskede tre ikke at deltage, eller det var ikke muligt at træffe aftale om undersøgelse. Gruppen blev i Spørgeskema-2 anmodet om at besvare en række spørgsmål angående konsekvenser for dem som følge af den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse samt deres subjektive oplevelse af undersøgelsens indflydelse på deres situation i relation til arbejdsmarkedet. Spørgsmålene blev overordnet besvaret af 268 (79,5%), men med varierende besvarelsesprocent af delspørgsmålene, hvorfor analyse af disse data findes af mindre videnskabelig værdi, og de er derfor ikke analyseret i herværende undersøgelse. Gruppen anvendes ved:

- ▶ Vægtede analyser

3.2 Intervention i den randomiserede kontrollerede undersøgelse

Interventionen i den randomiserede kontrollerede undersøgelse bestod af en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse

omfattende et struktureret undersøgelsesinstrument, SCAN version 2.1, programversion 1.0.4.6 Present State Examination som golden standard [165]. På baggrund af denne undersøgelse blev der stillet ICD-10-diagnoser [219]. Den diagnostiske undersøgelse blev foretaget af en erfaren psykiater (HJS), som har deltaget i SCAN-træningskursus på WHO's træningscenter på Psykiatrisk Hospital i Århus. SCAN giver ikke alle psykiatriske diagnoser, eksempelvis ikke personlighedsforstyrrelser. I disse tilfælde er der på baggrund af den psykiatriske diagnostiske undersøgelse stillet kliniske diagnoser i henhold til ICD-10 [219]. Der er ratet med Present State Examination af tilstanden inden for fire uger forud for undersøgelsen. Den psykiatriske diagnostiske undersøgelse blev foretaget af psykiateren uden kendskab til screeningsresultatet. På basis af den psykiatriske diagnostiske undersøgelse og vurdering blev der ud fra en psykiatriske synsvinkel taget stilling til, hvad der vurderedes hensigtsmæssigt i den fortsatte behandling i forhold til specifik psykiatriske behandling og i forhold til rehabilitering med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Vurderingen var på niveau med vurderinger i psykiatriske speciallægeerklæringer. Efter den psykiatriske diagnostiske undersøgelse blev der udfærdiget en skriftlig **sammenfatning**, som blev tilsendt den langtidssygemeldtes praktiserende læge og arbejdsmarkedsafdelingen i kommunen, uanset om undersøgelsen mundede ud i en psykiatriske diagnose eller ej. Der var tale om forslag til behandling og opfølgning, hvorfor interventionen således ikke indeholdt nogen bestemmelse om, at den foreslåede intervention skulle følges. Der er ikke foretaget nogen analyse af, i hvilken grad forslagene er fulgt. Den psykiatriske diagnostiske undersøgelse blev foretaget relativt tidligt i et sædvanligt forløb af en sygemelding. Det var tilstræbt at foretage undersøgelsen inden for 8-12 uger efter indeks-sygemeldingen, men dette var ikke altid muligt. Dette kunne skyldes, at nogle langtidssygemeldte var længe om at besvare Spørgeskema-1, besvære med at træffe aftale om undersøgelsen eller den langtidssygemeldtes ferie. Gennemsnitligt blev undersøgelsen udført 87,3 dage efter sygemeldingen (68-129 dage).

3.3 Data

Spørgeskema-1

Spørgeskema-1 er et spørgeskema til selvudfyldelse af den langtidssygemeldte, som indeholder oplysninger om sociodemografiske forhold, arbejdsmarkedsforhold, eksklusionskriterier, livskvalitet ved SF-36 [84] og Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ) [166, 167, 169]. SF-36 er beskrevet i den danske manual [84], og CMD-SQ er tilgængelig på hjemmesiden

http://www.auh.dk/cl_psych/dk/fip/vejledning.htm

Spørgeskema-2

Spørgeskema-2 blev udsendt et år efter modtagelsen af Spørgeskema-1 og er identisk med dette, men med aktuelle

oplysninger. Spørgeskema-2 indeholder endvidere supplerende spørgsmål om den langtidssygemeldtes relation til arbejdsmarkedet, og for langtidssygemeldte, der havde deltaget i den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, spørgsmål om, hvorvidt og i hvilken grad den diagnostiske undersøgelse havde haft indflydelse på deres sygemeldingsforløb.

Sociodemografiske forhold

De sociodemografiske oplysninger omhandler samlivsforhold, hjemmeboende børn, fuldført skoleuddannelse, fuldført erhvervsuddannelse, arbejdsforhold og beskæftigelse.

De sociodemografiske data, der er anvendt i undersøgelsen, refererer til de forhold, der var gældende på tidspunktet for udfyldelsen af Spørgeskema-1.

Variablen **samboende med andre voksne** er dikotomiseret til, om den langtidssygemeldte var gift/samboende med partner eller ikke, og variabelen **hjemmeboende børn** er dikotomiseret i forhold til ja eller nej. **Skoleuddannelse** er dikotomiseret imellem alene folkeskole og over folkeskole. Alene folkeskole kan således omfatte et forskelligt antal år afhængigt af den langtidssygemeldtes alder. Variablen omhandler uddannelse uden specifik målretning mod et erhverv (eksempelvis gymnasium og HTX), hvorimod **erhvervsuddannelse** refererer til en erhvervs-specifik uddannelse. Der er skelnet mellem ufaglært, faglært uddannelse, videregående uddannelse til og med fire år (kaldet kort videregående uddannelse), videregående uddannelse over fire år (kaldet lang videregående uddannelse) og anden uddannelse. Erhvervsuddannelse må ikke forveksles med variabelen **beskæftigelse**, som er det erhverv, den langtidssygemeldte er sygemeldt fra. **Arbejdsforhold** skelner imellem sygemelding fra fuldtidsarbejde, deltidsarbejde eller arbejdsløshed (ikke i arbejde), hvor der refereres til modtagelse af dagpenge fra A-kassesystemet. **Beskæftigelse** har kategorierne selvstændig/medhjælpende ægtefælle, funktionær/tjenestemand, faglært arbejder, specialarbejder/ikke faglært, elev/lærling, aktivering, fleksjob, arbejdsløs og anden beskæftigelse. Kategorierne elev/lærling, aktivering, anden beskæftigelse vil i de fleste analyser være sammenfattet i én kategori på grund af få langtidssygemeldte i hver kategori.

Variablerne **arbejdsforhold** (svarmuligheder: sygemeldt fra arbejde fuldtid, deltid eller ikke i arbejde) og **beskæftigelse** (svarmuligheder: forud for sygemeldingen beskæftiget som selvstændig, funktionær m.v.) indeholder begge kategorien "arbejdsløs", men formuleret forskelligt. For 10 langtidssygemeldte er der svaret forskelligt på disse to variabler, hvilket hænger sammen med formuleringen af spørgsmålene i de to variabler. Variablen **arbejdsforhold** lød: Hvordan er dit arbejdsforhold, som du er sygemeldt fra? Og der kunne bl.a. svares "Ikke i arbejde". Variablen **beskæftigelse** lød: Hvilken beskæftigelse er du sygemeldt fra?, hvor der kunne svares "Arbejdsløs". For 10 langtidssygemeldte, der har svaret "Ikke i arbejde" under arbejdsforhold, er der ikke svaret "arbejdsløs" under beskæftigelse. De langtidssygemeldte har her især svaret i

forhold til, hvilken beskæftigelse de tidligere havde haft som faglært, funktionær, fleksjob eller selvstændig. To har svaret under kategorien "Aktivering", og én under "Anden". Endvidere gælder, at langtidssygemeldte, der er bevilget fleksjob, ikke får arbejdsløshedsunderstøttelse ved ledighed, men fleksydelse. Dette medfører, at nogle analyser udkommer med "arbejdsløs" i forhold til variabelen arbejdsforhold og andre i forhold til beskæftigelse. For at skelne mellem disse variabler i analyserne anvendes for arbejdsløshed under variabelen arbejdsforhold betegnelsen "ikke i arbejde" og under variabelen beskæftigelse betegnelsen "arbejdsløs".

Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ)

CMD-SQ er et skema til selvudfyldelse sammensat af seks symptomskalaer (i teksten forkortet skalaer). Fire skalaer stammer fra SCL-90-R [172], nemlig symptomchecklisten SCL-SOM [172, 220] for somatiseringstilstande, SCL-8 [161, 162] generelt for psykiske lidelser, SCL-ANX4 [166, 167] for angstlidelser og SCL-DEP6 [166, 167] for depression. For sygdomsbekymring og sygdomsoverbevisning er anvendt Whiteley-7 [160]. Ved alkoholafhængighed er anvendt CAGE [221, 222]. Skemaerne er valideret i ovennævnte referencer. Anvendelsen af symptomskalaerne er baseret på item-respons-teori [223].

CMD-SQ består af et spørgeskema, en skabelon til scoring af spørgeskemaet og en side til registrering af scores. CMD-SQ fremgår af Figur 3.2, som er et uddrag af Spørgeskema-1 og -2. Spørgeskemaet består af 37 spørgsmål, **items**, hvoraf de 36 spørgsmål omhandler symptomer forbundet med somatoforme lidelser, angstlidelser, depression og alkoholafhængighed. Det sidste spørgsmål er et generelt spørgsmål om, hvorledes personen opfatter sit helbred, og indgår ikke i senere omtalte symptomskalaer. Hvert item i spørgeskemaet er opbygget som en Likert-skala, hvor den langtidssygemeldte ud for hvert symptom kan score på fem niveauer, hvor det laveste niveau er "slet ikke" (score 0) og det højeste niveau "virkelig meget" (score 4). Der er tale om en subjektiv vurdering fra den langtidssygemeldtes side inden for de sidste 4 uger. De fire spørgsmål om alkoholafhængighed er dikotome, hvor der kan svares ja eller nej til spørgsmål om alkoholmisbrug, som det har været inden for det sidste år.

I herværende undersøgelse anvendes i forbindelse med CMD-SQ tre typer scores (se Figur 3.2 og Tabel 3.1). **Item-scores** er ovennævnte scores på hvert item. **Sum-scores** anvendes i forbindelse med skalaerne i CMD-SQ, hvor den faktuelle værdi for hver item-score er lagt sammen på alle items tilhørende en skala. For **skala-scores** er der foretaget en dikotomisering af hvert item, således at der skelnes imellem, om den langtidssygemeldte scorer over eller under en bestemt værdi for hvert item, hvorved værdien for hvert item bliver 0 eller 1. En **skala-score** angiver for hver skala summen af items, hvor der ved denne dikotomisering er scoret 1. Det giver for SCL-SOM mulighed for 13 mulige skala-scores, mellem 0 og 12. Tilsva-

rende er der konstrueret skala-scores for de øvrige skalaer. På nær enkelte analyser i Kapitel 4 ved validering af CMD-SQ er dikotomiseringen af items foretaget mellem 0 og 1.

Ud over de hidtil nævnte skalaer i CMD-SQ er der i herværende undersøgelse dannet nye skalaer ved sammenfatning af ovennævnte skalaer. Skalaen **SCL-8AD**, som er en 13-punktsskala, sammenfatter SCL-8, SCL-ANX4 og SCL-DEP6. Endvidere er SCL-SOM og Whiteley-7 sammenfattet i en 20-punkt skala, **SOM-WHI**. Skalaen CMD-SQ refererer til hele CMD-SQ minus det 37. spørgsmål (se Tabel 3.1).

Tabel 3.1 viser endvidere inklusionskriterierne for at indgå i den randomiserede kontrollerede undersøgelse ved dikotomisering af items mellem 0 og 1.

I undersøgelser vedrørende CMD-SQ refereres endvidere til **cut-points**. Her er der tale om to typer af cut-points, hvorfor det også vil være hensigtsmæssigt at afklare nomenklaturen angående disse. Et cut-point er et skæringspunkt på en skala, eksempelvis 0/1, hvilket vil sige, at der dikotomiseres mellem 0 og 1. **Item-cut-points** refererer til skæringspunkter i hvert enkelt item af CMD-SQ ved dikotomiseringen af disse items, som beskrevet ovenfor. **Skala-cut-points** refererer til dikotomisering af skala-scores. Hver skala-score i CMD-SQ kan antage forskellige værdier med angivelse af minimum og maksimum værdier i Tabel 3.1. Ved validering af skalaerne i CMD-SQ foretages dikotomiseringer af disse skala-scores. Eksempelvis har den hyppigst anvendte skala, SCL-8AD, 13 items, hvilket muliggør 14 scores (0-13). I valideringsundersøgelserne analyseres for optimale skala-cut-points på SCL-8AD og tilsvarende for de øvrige skalaer. En case er defineret i forhold til et skala-cut-point, eksempelvis betyder et skala-cut-point 6/7, at definitionen af en case er en score på 7 eller derover.

Livskvalitet

Tilbagevenden til arbejdsmarkedet for langtidssygemeldte er afhængig af en lang række andre faktorer end den medicinske diagnose, som bl.a. påpeget af Labriola et al. [16]. Dette har bl.a. i psykiatrisk forskning ført til udvikling af andre effektmål end sygelighed og dødelighed, bl.a. i form af måling af livskvalitet, og i relation til helbred som helbredsrelateret livskvalitet (HRQoL). HRQoL omfatter en række temaer for livskvalitet, kaldet domæner, så som helbredsstatus (fysisk, psykisk), funktionsbegrænsning, udfyldelse af rollefunktioner, alment velbefindende og tilfredshed. Forskellige instrumenter inddrager disse domæner i forskelligt omfang. Det har været diskuteret, om de anvendte instrumenter er tilstrækkeligt udviklede med hensyn til de anvendte domæner, psykometrisk anvendelighed, og hvorledes disse faktorer spiller ind på hinanden [224, 225]. Det diskuteres, om instrumenterne skal scores ved selvrating eller ved observatør. Ved selvrating scores personens subjektive opfattelse, hvilket normalt anses for det optimale, men det har været diskuteret, om det altid vil være tilfældet. Eksempelvis kan domæner som tilfredshed og velbefindende være problematiske ved undersøgelser af livskvalitet hos depressive og psykotiske

Figur 3.2 CMD-SQ

PSYKISKE FORHOLD

Mange faktorer kan have betydning for, hvordan du har det, og hvilke symptomer du har. For bedre at kunne vurdere de forskellige faktorer, bedes du udfylde nedenstående skema. Måske passer nogle af spørgsmålene ikke lige på dig, men prøv alligevel at besvare alle spørgsmålene så godt, du kan.

Sæt kun ét kryds for hvert spørgsmål

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Hovedpine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Svimmelhed eller tilløb til at besvime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smerter i hjerte eller bryst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lavtsiddende rygsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kvalme eller uro i maven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskelsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. At du har svært ved at få vejret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfald af varme eller kuldefornemmelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En klump i halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. At du føler dig svag i kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. At dine arme eller ben føles tunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bekymringer over, om der er noget alvorligt galt med din krop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bekymringer over, om du selv lider af en sygdom, som du har hørt eller læst om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mange forskellige slags smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mange forskellige sygdomssymptomer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tanken om at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bekymringer om dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. At du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. At bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. At føle dig ængstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. At føle dig uden håb for fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. En følelse af, at alting er en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. At føle dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. En følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Tanker om at gøre ende på dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. En følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. At føle dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Selvbeprejdelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du nogensinde inden for det sidste år ...	Nej	Ja			
33. Tænkt, at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
34. Ladet dig irritere over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
35. Følt skyld over dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
36. Straks fra morgenstunden taget en genstand, for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
37. I det store hele, vil du nu beskrive dit helbred som:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Udmærket	<input type="checkbox"/> Meget godt	<input type="checkbox"/> Godt	<input type="checkbox"/> Mindre godt	<input type="checkbox"/> Dårligt	

personer. Depressive patienter kan i kraft af den depressive tankegang undervurdere og maniske patienter overvurdere bestemte scores. Det vurderes oftest, at det er den undersøgtes egen vurdering, der er af størst værdi [225, 226]. En anden diskussion omhandler, om der forekommer tautologiske konklusioner omkring depression, idet nogle kriterier, som gælder for diagnosen depression, kan indgå i målene for livskvalitet, eller tilnærmelsesvis være identiske. Endvidere diskuteres, om instrumenterne er stabile over tid ved gentagne målinger og i forhold til regionale forskelle [227-230].

Der har udkrystalliseret sig to typer instrumenter. Den ene gruppe er sygdomsspecifikke instrumenter, som anvendes over for specifikke diagnostiske grupper, og den anden gruppe er generiske instrumenter, som er brede og generelle i deres mål og derfor kan anvendes generelt i en population. Generiske instrumenter er multidimensionale i de omfattede domæner som en forudsætning for at kunne anvendes i brede befolkningsgrupper [226]. Der foregår en betydelig forskning på området [231, 232]. I herværende undersøgelse, som ikke omfatter en specifik diagnostisk gruppe, er anvendelsen af et generisk instrument oplagt.

Et meget anvendt generisk instrument, der er testet og gennemvalideret for ovennævnte forhold, er SF-36, som er udviklet i det amerikanske Medical Outcomes Study (MOS) [233]. Det oprindelige spørgeskema i MOS var på 151 spørgsmål, men er blevet reduceret til de 35 spørgsmål, der anvendes i SF-36, samt et supplerende spørgsmål 36, som omhandler ændringer i helbredet vurderet i forhold til, hvorledes helbredet var et år forud for udfyldelsen af skemaet. SF-36 er et spørgeskema til selvudfyldelse og er ved valideringsundersøgelser fundet at have høj psykometrisk kvalitet i forskellige befolkningsgrupper [225, 234-237]. Der er gennemført grundige tests for hver skala i SF-36 [233, 235, 238].

SF-36 er oversat til dansk og valideret under danske forhold [84]. Af de 36 spørgsmål i SF-36 dannes otte skalaer, hvor fem skalaer omhandler graden af dysfunktion: PF - Fysisk funktion, RP - Begrænsninger - fysisk betinget, RE - Begrænsninger - psykisk betinget, SF - Social funktion og BP - Fysisk smerte. Tre skalaer omhandler hele spektret fra negative til positive helbredstilstande: GH - Alment helbred, VT - Energi og MH - Psykisk velbefindende. Endelig er der ud over de otte skalaer udviklet to skalaer, som sammenfatter den fysiske helbredskomponent PCS (Physical Component Summary) og MCS (Mental Component Summary). De enkelte skalaer rummer fra 2-10 underspørgsmål. Den videre bearbejdning af disse scores resulterer for hver skala i en score varierende fra 0 som den ringeste livskvalitet til 100 som den bedste livskvalitet. Spørgsmål 36 indgår ikke i ovennævnte skalaer, men beskriver ændringer i Alment helbred (HT) inden for det seneste år. Dette spørgsmål udgør en skala fra 1 til 5, hvor 1 er udtryk for den bedste ændring og 5 er udtryk for den største forværring i livskvalitet i forhold til ét år tidligere. Udviklingen af SF-36 og dets anvendelse er beskrevet i den danske manual [84], som

også giver anvisninger for håndtering af uoplyste spørgsmål (missing data) samt scores for en normal dansk population.

DREAM-registret

DREAM-registret er et personidentificerbart forløbsdata-registret baseret på data fra Beskæftigelses-, Social- og Undervisningsministeriet, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration samt AMFORA [218]. Databasen omfatter i alt over 3,4 millioner personer, der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster fra medio 1991 og frem, bl.a. vedrørende ledighed, orlov, sygdom m.v. Registreringen i databasen foregår på ugebasis, således at en person, der har modtaget en bestemt form for overførselsindkomst inden for en given uge, er registreret med denne overførselsindkomst for den givne uge, uanset om den er forekommet én dag eller hele ugen. Der registreres kun én type overførselsindkomst pr. uge, hvilket medfører, at der er dannet et hierarki af overførselsindkomsterne. Forekommer der en overførselsindkomst på et givet niveau i hierarkiet, udelukker det registreringen af overførselsindkomster, der er lavere i hierarkiet. Eksempelvis har førtidspension højere hierarki end sygedagpenge, hvorfor sygedagpenge ikke vil være registreret hos en person, der bliver sygemeldt fra arbejde samtidig med, at vedkommende får førtidspension.

I undersøgelsen er der for samtlige 2.414 kontinuerligt langtidssygemeldte over otte uger indhentet oplysninger fra DREAM-registret for de sidste 52 uger forud for indeks-sygemeldingen. Der er foretaget en gruppering af alle former for overførselsindkomster i følgende grupper: ledighed, sygedagpenge, orlov, skånejob, fleksjob, revalidering, førtidspension og øvrige overførselsindkomster. Øvrige overførselsindkomster omfatter løntilskud, introduktionsydelse, starthjælp og kontanthjælp.

Begrebet **fleksjob** forekommer både som en værdi af variabelen beskæftigelse i Spørgeskema-1 og som variabel i DREAM. Fleksjob varierer i antal i forhold til de to variabler, idet fleksjob under variabelen beskæftigelse i spørgeskemaerne refererer til forholdet på sygemeldingstidspunktet, og fleksjob i forbindelse med DREAM-data angiver fleksjob på et eller andet tidspunkt i året forud for indeks-sygemeldingen.

ICPC-diagnoser

The International Classification of Primary Care (ICPC) er et diagnoseklassifikationssystem, der er udviklet til brug i almen praksis [239]. Udviklingen tog sin begyndelse i 1978 [240, 241]. Siden er det oversat til flere sprog og taget i anvendelse i almen praksis i flere lande, bl.a. Norge, Nederlandene og Finland. I Norge er det obligatorisk at anvende diagnosesystemet i lægeerklæringer (lægeerklæring II) vedrørende langtidssygemelding over otte uger [240, 242]. Kodesystemet er ikke generelt udbredt i Danmark, men findes tilgængeligt til brug for læger i almen praksis i elektronisk form. Kodekort og kodevejledning er tilgængelige på hjemmesiden www.sundhed.dk.

I Danmark er der ikke et krav om, at kommunerne i forbindelse med sygemelding skal indhente en sygemeldingserklæring fra den praktiserende læge eller andre involverede læger, hvis forholdene omkring sygemeldingen i kommunen vurderes tilstrækkeligt belyst [19-22]. Den sygemeldte skal selv oplyse om årsagen til sygemeldingen. Derfor er der i herværende undersøgelse indhentet to typer oplysning om årsag til sygemelding: Sygemeldingsdiagnoser fra den langtidssygemeldte – **sygemeldingsdiagnose-borger** og sygemeldingsdiagnose fra den praktiserende læge eller andre læger – **sygemeldingsdiagnose-læge**. For hver af disse to kategorier kunne der gives op til tre diagnoser. Oplysningerne er afgivet til undersøgelsen ud fra data, som er tilgængelige i de kommunale sagsakter. Der er tale om angivelse af årsager til sygemelding med meget varierende specificitet, fra at årsagen eksempelvis kunne være træthed som det mest uspecifikke til en bestemt type kræft som det mest specifikke. På baggrund af disse oplysninger fra kommunerne er der af psykiateren i undersøgelsen foretaget en kodning af sygemeldingsdiagnoserne i henhold til ICPC-koderne, eftersom diagnoserne ikke forelå som ICPC-diagnoser i kommunerne. Det indebærer en svaghed, at ICPC-koderne ikke direkte er kodet af de praktiserende læger, men af psykiateren i projektet, idet det derved kan forekomme, at der er oplysninger, som ikke er til stede for psykiateren for en korrekt diagnosekodning. Eksempelvis kan sygemeldingsdiagnosen "diskusprolaps", som der var mange af i undersøgelsen, være upræcis. Undertiden har det været svært at afgøre, om der bag denne diagnose udelukkende gemte sig en symptomatisk tilstand uden objektive fund, hvor der er anvendt ICPC-koden **L03, symptom/klage fra lænd uden udstråling**, eller om der forekom udstråling af smerter, hvor der er anvendt ICPC-koden **L86, lumbal diskusprolaps/degeneration med smerte-udstråling**. Strategien i herværende undersøgelse har været at kode L86, hvor der ved diagnosen diskusprolaps er skrevet med udstråling, men L03, hvis ikke dette har været tilfældet.

For de to typer af diagnoser, **sygemeldingsdiagnose-borger** og **sygemeldingsdiagnose-læge**, kunne der angives op til tre sygemeldingsdiagnoser uden prioritering, medførende et stort antal kombinationsmuligheder. Endvidere forekommer det, at der ikke er afgivet nogen sygemeldingsdiagnose fra en læge, men hvor den langtidssygemeldte har afgivet en sygemeldingsdiagnose. Dette forekom, hvis tilstanden af arbejdsmarkedsafdelingen vurderedes tilstrækkelig belyst alene ud fra den langtidssygemeldtes sygemeldingsdiagnose, eller hvis der forelå øvrig dokumentation. For at forenkle kombinationsmulighederne blev der ud fra oplysningerne om sygemeldingsdiagnose fra læge og den langtidssygemeldte dannet en variabel kaldet **sygemeldingsdiagnose**, som var diagnosen afgivet af en læge, hvis en sådan forelå, og hvis ikke dette var tilfældet, den langtidssygemeldtes diagnose. Rationalet er, at det er den diagnose, man i kommunen handler ud fra rent diagnostisk. Kriteriet for en diagnose afgivet af en læge var, at den skulle være afgivet inden for tre måneder efter datoen for indeks-sygemeldingen og maksimalt indtil afgivelse af en **sam-**

menfatning fra herværende undersøgelse til den praktiserende læge og arbejdsmarkedsafdelingen for de langtidssygemeldte, der indgik i den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. Diagnosen anført i sammenfatningen måtte ikke registreres som sygemeldingsdiagnose.

ICPC-kodesystemet består af følgende hovedgrupper, baseret på organsystemer, suppleret med A - Alment og uspecificeret samt Z – Sociale forhold, **organdiagnoser**:

- A Alment og uspecificeret
- B Blod, bloddannende organer, lymfesystem, milt
- D Fordøjelsesorganer
- F Øje
- H Øre
- K Hjerte-karsystem
- L Muskel-skelet-system
- N Nervesystem
- P Psykisk
- R Luftveje
- S Hud
- T Endokrine, metaboliske og ernæringsmæssige forhold
- U Urinveje
- W Svangerskab, fødsel, svangerskabsforebyggelse
- X Kvindelige kønsorganer (inkl. mammae)
- Y Mandlige kønsorganer
- Z Sociale forhold

W – Svangerskab, fødsel, svangerskabsforebyggelse indgår ikke i herværende undersøgelse, som tidligere beskrevet.

Under hver af disse grupper skelnes der mellem følgende **patologidiagnoser**:

- Symptomer
- Infektionssygdomme
- Neoplasmer
- Skader
- Medfødte misdannelser
- Anden specifik sygdom

For psykiske lidelser forekommer kun symptomer og anden specifik sygdom, og for Z - Sociale forhold kun symptomer.

De mange muligheder for kombination af sygemeldingsdiagnoser har medført, at der er dannet en variabel med følgende kategorier, **specificitet**:

- Kun somatiske diagnoser
 - Kun specifik patologi
 - Kun symptom
 - Både specifik og symptom
- Kun psykiatriske diagnoser
 - Kun specifik patologi
 - Kun symptom
 - Både specifik og symptom
- Kun sociale problemer
- Psykiatriske og somatiske diagnoser
 - Psykiatrisk og kun specifik somatisk
 - Psykiatrisk og kun somatisk symptom
 - Psykiatrisk og blandet somatisk
- Andre kombinationer

Variablen er konstrueret således, at samme langtidssygemeldte kun kan forekomme i én kategori af variablen. I tabeller, hvor præfixet "kun" forekommer, betyder det, at den langtidssygemeldte kun har en eller flere sygemeldingsdiagnoser af denne kategori. I andre analyser forekommer eksempelvis variabelen "somatisk sygemeldingsdiagnose", hvilket referer til, at der forekommer en somatisk diagnose, hvilket ikke udelukker, at samme langtidssygemeldte kan have andre diagnoser.

Symptomdiagnoser er uspecifikke diagnoser, hovedpine, smerte i ryggen, svimmelhed m.v. Symptomdiagnoserne for psykisk lidelse synes at være mere "specifikke", da de bl.a. indeholder misbrugsdiagnoser.

Årsskema

Årsskemaet består af supplerende data indhentet fra kommunen et år efter udsendelse af Spørgeskema-1. Oplysningerne omhandler sygemeldingsdiagnoserne, ugentligt arbejdstimetotal før sygemeldingens start, timetal efter sygemelding (deltidssygemelding), og om den langtidssygemeldte ved sygemeldingens start var i fleksjob. Endvidere blev der indhentet oplysninger om, hvorvidt der i forvejen var kendskab til psykisk lidelse for den langtidssygemeldte i kommunen, oplysninger om hvorvidt sygemeldingen var ophørt, og i givet fald ophørsdato samt årsag til ophør af sygemeldingen, om den langtidssygemeldte havde været i arbejde under sygemeldingen med angivelse af timetal umiddelbart før sygemeldingens ophør, oplysninger om foranstaltninger i sagsbehandlingen med henblik på arbejdsfastholdelse samt afklaring i form af anmodning om speciallægeundersøgelse, neuropsykologisk undersøgelse, almenpsykologisk undersøgelse eller generel helbredsattest. Med hensyn til oplysningen om, hvorvidt man i kommunen havde kendskab til psykisk lidelse hos den langtidssygemeldte, var dette gældende for oplysninger før

indeks-sygemeldingen samt indtil modtagelse af en sammenfatning fra herværende undersøgelse, dog maksimalt tre måneder efter indeks-sygemeldingen. Hensigten med denne oplysning var at afgøre, om arbejdsmarkedsafdelingen havde kendskab til psykisk lidelse hos den langtidssygemeldte, og om undersøgelsen kunne bibringe arbejdsmarkedsafdelingen nye oplysninger om dette i kraft af den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. Oplysninger om diagnose modtaget i en sammenfatning fra undersøgelsen måtte ikke indgå i et bekræftende svar på dette spørgsmål. Det forekom, at kommunen ikke havde besvaret dette spørgsmål korrekt, idet der blev svaret nej til spørgsmålet, selvom der forelå en sygemeldingsdiagnose for indeks-sygemeldingen lydende på en psykiatrisk diagnose. I nogle tilfælde blev dette spørgsmål forstået som kendskab til psykisk lidelse hos den langtidssygemeldte **forud for** indeks-sygemeldingen. Hvis der var svaret benægtende på spørgsmålet, men der forelå en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose for indeks-sygemeldingen, blev svaret ændret til et ja.

3.4 Metode

Effektområdet for psykiatrisk sygelighed er en 12-måneders kumuleret incidensproportion, eftersom undersøgelsen kun inkluderer nytilkomne langtidssygemeldte inden for året for dataindsamling, og eftersom samme sygemeldte kun medtages én gang i løbet af undersøgelsen. Raskmeldingsrater er angivet som antal raskmeldte/30.000 sygedage ækvivalent med antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage.

Den randomiserede kontrollerede undersøgelse er udført som en **intention to treat analyse**, hvilket vil sige, at de langtidssygemeldte i interventionsgruppen, som ikke fik gennemført den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, er bevaret i gruppen lige såvel som langtidssygemeldte i kontrolgruppen.

Ved analyser af psykiatriske diagnoser, hvor der er analyseret på hoveddiagnose, er diagnoserne organiseret i henhold til hierarkiet i ICD-10, således at jo lavere nummer, des højere forekommer diagnosen i hierarkiet. Der er foretaget en undtagelse fra dette hierarki ved, at misbrugsdiagnoser er sat lavest i hierarkiet [219]. For diagnosegruppen F40-F43 er der dannet en overordnet diagnosegruppe kaldet Angst, hvilket er en sammensat gruppe, som både omfatter specifik angst, OCD og stressbetingede lidelser.

Ved sammenligning af effektmaal for værdier af nominelle variabler er anvendt Chi²-test og for kontinuertlige data midelværdier testet med Wilcoxon's rangsum test og Kruskal Wallis test, idet data kun i få tilfælde var normalfordelte. Ved sammenligning med normalbefolkningen ved analyser af SF-36 er anvendt Wilcoxon's simple fortegnstest.

Tofasede undersøgelser

Tofasede undersøgelser anvendes ofte i epidemiologiske undersøgelser, hvor tilvejebringelse af data er omkostningskrævende, og/eller hvor en undersøgelse af forsøgspersonen kan være belastende. I undersøgelsens første fase anvendes en simpel screeningsmetode, som ikke er særligt indgribende over for forsøgspersonen, og som ikke er dyr at gennemføre. Det anvendte screeningsinstrument, CMD-SQ, i herværende undersøgelse er let at udfylde, og det tager omkring fem minutter at udfylde skemaet (heri ikke indregnet de øvrige dele af spørgeskemaerne). Endvidere er det billigt. I undersøgelsens anden fase, som skal afsløre den sande sygdomsstatus (tilstedeværelse af psykisk lidelse eller ej, og i givet fald hvilken), udføres en grundig undersøgelse for en delmængde af de langtidssygemeldte, der udfyldte screeningsinstrumentet. Denne fase er mere indgribende over for den undersøgte og dyrere at gennemføre. I herværende undersøgelse blev den sande sygdomsstatus afgjort ved interventionen i undersøgelsen, som var en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse med anvendelse af SCAN som golden standard [165]. Denne undersøgelse er mere indgribende over for forsøgspersonen, idet der skal afsættes tid til undersøgelse, gennemsnitligt ca. 2 timer samt transporttid. Hertil kommer, at undersøgelsen er dyrere at gennemføre, idet den skal foretages ved en speciallæge i psykiatri (i herværende undersøgelse). Herværende undersøgelse er således et godt eksempel på en tofaset undersøgelse. Der er anvendt såkaldt prospektiv sampling, som karakteriserer et design, hvor screeningen gennemføres for alle deltagende, og den sande sygdomsklassifikation for et udvalg af de screenede, som beskrevet af Dunn et al. [243], Bisoffi et al. [244] og Kraemer [164]. I herværende undersøgelse er der anvendt en tofaset metode i valideringsundersøgelsen samt i undersøgelsen af hyppigheden af psykisk lidelse og komorbiditet. Første fase omfattede 1.121 og anden fase 337 langtidssygemeldte.

Ved tofasede undersøgelser indføres en såkaldt **verifikationsbias** i undersøgelsen. Essensen af denne bias er, at man ikke for alle, der indgår i undersøgelsen, som følge af undersøgelsens design, kender den korrekte sygdomsstatus. Ved korrektion for denne bias foretages vægtede analyser. I herværende undersøgelse er analyserne foretaget på de langtidssygemeldte, der både har udfyldt screeningsinstrumentet samt gennemgået den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse, hvorefter der er vægtet op til alle, der har udfyldt screeningsskemaet. Det vil i de fleste analyser sige vægtning fra 337 til 1.121 langtidssygemeldte. Man kan imidlertid ikke vægte med vægten $1.121/337 = 3,33$, idet der skal foretages differentieret vægtning for hver værdi i screeningsinstrumentet. Forudsætningen for vægtede analyser er, at de manglende oplysninger om diagnose er missing at random (MAR), bortset fra at sandsynligheden for at have en diagnose kun afhænger af scoren på screeningsinstrumentet. Konkret betyder det, at sandsynligheden for at have en psykiatrisk diagnose, når man eksempelvis har en score 0 på SCL-8AD, er den samme, uanset

om man har gennemgået den diagnostiske undersøgelse eller ej, og kun afhængig af scoren. Det samme for en score på 1 osv. Derimod er det indlysende, at sandsynligheden for at have en diagnose er større, hvis man scorer 13, end hvis man scorer 0. Den differentierede vægtning overfører på denne måde resultaterne for de 337 til de 1.121 langtidssygemeldte.

Imidlertid må det antages, at sandsynligheden for at få en diagnose også kan afhænge af andre faktorer (covariabler) end skala-score på SCL-8AD (eller andre anvendte skalaer), eksempelvis afhængig af værdien af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og sygemeldingsdiagnoser. Følgende er der i Kapitel 4 ved validering af CMD-SQ foretaget analyser med udregning af differentierede vægte for covariabler kombineret med SCL-8AD. Testegenskaberne for forskellige kombinationer er testet ved Q-ROC-analyser (se Kapitel 4). Q-ROC-analyserne viste, at skalaen SCL-8AD havde de bedste testegenskaber, hvor denne skala er anvendt ved estimering af diagnosehyppigheder.

Variablerne køn, alder, bopælskommune og DREAM-variablerne er kendt for alle 2.414 langtidssygemeldte, hvilket giver mulighed for at anvende dem i bortfaldsanalyserne. Detailanalyser viser, at af disse variabler havde køn, alder (dikotomiseret under 40 år/40 år eller derover) og DREAM-variabler for ledighed og øvrige overførselsindkomster året forud for indeks-sygemeldingen (dikotomiseret plus/minus overførselsindkomst) størst association med sandsynligheden for at have en diagnose. Disse fire variabler er kombineret til én interaktionsvariabel med 16 mulige værdier (eksempelvis: mand, under 40 år, ingen ledighed, plus øvrige overførselsindkomster). Ved differentieret vægtning for kombinationer af interaktionsvariablen for hvert score i SCL-8AD er der udregnet betingede vægte ($16 \cdot 14 = 224$ vægte) for de 337 diagnostisk undersøgte op til de 1.121 i screeningsgruppen. Herefter er der for hver af de 16 værdier af interaktionsvariablen udregnet vægte, som er forholdet mellem antallet med en given værdi af interaktionsvariablen i totalgruppen og antallet med samme værdi i screeningsgruppen. Resultaterne for de 1.121 kan derefter vægtes til totalantallet af langtidssygemeldte på 2.414. Forudsætningen for denne betingede vægtning er fortsat, at diagnosehyppigheden alene afhænger af scoren på SCL-8AD samt, at scoring på SCL-8AD alene afhænger af værdien af interaktionsvariablen, uanset om den langtidssygemeldte har udfyldt screeningsskemaet eller ej. Teori og metoder angående betinget vægtning er beskrevet af Bisoffi et al. [244], Zhou [245, 246] og Hunink & Begg [247].

Strategi for analyser

Analysestrategier, modelkontroller og regressionsanalyser er foretaget som beskrevet af Juul [248] og Hosmer & Lemeshow [249, 250]. Ved udregning af diagnosehyppigheder, sensitivitet (SE) og specificitet (SP) er dette gjort ved anvendelse af vægtet logistisk regression, som beskrevet af Dunn et al. [243] og Bisoffi et al. [244]. Dog er sikkerhedsgrænserne ikke bestemt

ved jackknife metode. Ved udregning af sikkerhedsgrænser for prædiktive værdier af positiv test (PVP) og af negativ test (PVN) er der for en prospektiv sampling metode anvendt binomiale tests, som beskrevet af Kraemer [164]. Ved valideringsundersøgelsen er der anvendt ROC-analyser (Receiver Operating Characteristics) og Q-ROC-analyser (Quality-ROC). Disse metoder vil blive nærmere beskrevet ved validering af CMD-SQ i Kapitel 4. I Kapitel 10 om varighed af sygdomsmeldinger anvendes overlevelsesanalyser (også kaldet time to event analysis) [249].

For et stort antal analyser (lineære regressioner, logistiske regressioner og Cox-regressioner) ønskes betydningen af en række uafhængige variabler undersøgt i forhold til en afhængig variabel. Her bliver modellerne ustabile, hvis samtlige uafhængige variabler sættes ind i modellen på en gang. Strategien har her været primært for de uafhængige sociodemografiske variabler at foretage bivariable analyser for hver uafhængig variabel og udvælge de variabler, der i Wald-statistikken har vist et signifikansniveau på 25%, for derefter at foretage en stepwise regression med de udvalgte variabler. Dernæst er der hver for sig foretaget stepwise regressioner af DREAM-variablerne, sygdomsdiagnoser, skalaer i SF-36 og sum-skalaer i CMD-SQ. Samtlige betydende uafhængige variabler ved disse regressioner er ført sammen i en sammenfattende model. I nogle analyser vedrørende ICPC-diagnoser er der afvejet fra denne procedure, idet sygdomsdiagnoserne er bevaret i modellen, når det har været af betydning at vise resultaterne for alle sygdomsdiagnoser. Som et sidste led er nogle analyser til sidst tilført psykiatriske ICD-10-diagnoser (stillet ved den diagnostiske undersøgelse) samt variabler for komorbiditet, men i så fald som en vægтет regression, da ICD-10-diagnoserne kun kendes for de langtidssygemeldte, der har gennemgået den diagnostiske undersøgelse. I analyserne er der foretaget analyser for interaktion involverende alle kombinationer af to variabler. De multivariable analyser er udført som *backward*-procedurer, hvilket vil sige, at alle de uafhængige variabler, der ønskes undersøgt, inkluderes i modellen, hvorefter variabelen med den mindste signifikans i Wald-testen er udeladt af modellen, indtil Wald-testen har været signifikant på et signifikansniveau på 5% for alle indgående variabler i modellen. Backward-analyserne er foretaget ved undersøgerens udvælgelse og ikke ved dataprogrammet STATA's automatiske procedure.

Analyser er udført ved anvendelse af STATA 7.0 [251] og SPSS 14.0 [252].

Signifikans

I de fleste analyser er den eksakte p-værdi anført, men henvises der til, at en analyses resultat er signifikant uden angivelse af denne, er det på 5%-niveau. Der er foretaget et stort antal analyser med angivelse af signifikans, hvilket indebærer, at signifikante resultater kan være fremkommet ved en tilfældighed, kaldet massesignifikans. Der findes metoder til at kor-

rigere for dette, eksempelvis Bonferroni, men det er imidlertid ikke gjort, bl.a. fordi det har været vanskeligt at afgøre ud fra hvilken enhed, dette skulle foretages, den enkelte delanalyse, et kapitel eller hele undersøgelsen. Følgende er der ikke foretaget korrektion for massesignifikans i overensstemmelse med synspunkter fremført af epidemiologen Kenneth Rothmann [253]. Læseren henvises i stedet til selv at vurdere resultaterne ud fra helheden og ud fra den betragtning, at ved et signifikansniveau på 5% vil 1 ud af 20 analyser gennemsnitligt set vise et signifikant resultat, selvom det i virkeligheden er fremkommet ved en tilfældighed.

Et andet forhold om signifikans vedrører opsplitning af data på undergrupper, hvorved der opstår undergrupper med et lille antal cases. Det gælder især for opsplitning på undergrupper af psykiatriske og somatiske diagnoser samt visse DREAM-variabler. Analyser, der omfatter et lille antal personer, vil ofte ikke vise nogen signifikans, da signifikans også afhænger af antal personer, der indgår i analysen. Der kan godt være en effekt af variabelen alligevel, som bare ikke kan testes som signifikant. Det, som signifikansbegrebet udtrykker, er sikkerheden, hvormed et resultat er bestemt, men ikke i sig selv, om der er en effekt eller ej. Kraemer [164] giver en tommelfingerregel om, at der minimum skal være 10 cases i hver celle, hvis ikke analyserne skal blive for usikre. Dette gælder for de grupper, der er analyseret på, hvilket ved vægtede analyser vil sige langtidssygemeldte, der har gennemgået den diagnostiske undersøgelse. Der vil følgende i tabellerne forekomme analyser, der er baseret på mindre end 10 cases af hensyn til tabellens helhed. Det vil fremgå af tabellerne, markeret med *, hvor der ligger mindre end 10 cases til grund for analyserne, hvis det ikke umiddelbart kan udledes af tabellen. Man skal ved læsning af tabellerne tage resultater baseret på mindre end 10 cases med forbehold.

Manglende data

Manglende data (missing data) forekommer på anden vis end beskrevet for verifikationsbias i form af, at den langtidssygemeldte ikke har udfyldt visse variabler. Hyppigheden af missing data var som beskrevet i det følgende.

For besvarelse af CMD-SQ var der tale om en ret beskeden forekomst af missing data, varierende mellem 0,3% og 1,2% for de 37 items i Spørgeskema-1 og mellem 0,1% og 2,1% i Spørgeskema-2. For sociodemografiske data oplyst i Spørgeskema-1 varierede hyppigheden af missing data mellem 0,1% og 0,7%, undtagen for skoleuddannelse med en hyppighed på 3,8%. I SF-36 varierede hyppigheden af missing data i Spørgeskema-1 mellem 0,2% og 2,7% og i Spørgeskema-2 mellem 0,1% og 1,9%.

For CMD-SQ blev missing data behandlet ved imputering, hvilket vil sige, at missing data blev erstattet af en plausibel værdi. Ud fra den betragtning, at manglende besvarelse af et spørgsmål betyder, at spørgsmålet ikke vedkom den langtidss-

sygemeldte, blev værdien sat til nul, som omtalt af Dunn et al. [243] og som gjort af Christensen ved anvendelse af CMD-SQ i almen praksis [166]. Det kan være en optimistisk antagelse, som ikke holder stik, idet manglende besvarelse også kan betyde tvivl om, hvordan der skal besvares. Det er imidlertid fundet rimeligt at gøre dette i betragtning af den beskedne forekomst af missing data.

Missing data ved analyser inddragende sociodemografiske variable er håndteret ved, at analysepopulationen er reduceret til cases, hvor variabelen er besvaret.

Ved analyser af SF-36 er der foretaget imputering, som beskrevet i den danske manual [84]. Ved en case med manglende oplysninger for mere end halvdelen af svarene i en skala udelukkes den respektive case helt af undersøgelsen, og ved besvarelse af halvdelen eller mere imputeres med gennemsnittet af de besvarede spørgsmål. Efter imputering varierede missing data i SF-36 i Spørgeskema-1 mellem 0,0% og 2,0% og i Spørgeskema-2 mellem 0,1% og 2,1%.

Terminologi om variable og analyser

Katz [254] siger om begreberne multivariate analyser og multivariable analyser, at de ofte bruges synonymt med hinanden. Strengt taget er en multivariat analyse en analyse, hvor man samtidig prædikterer multiple outcomes, hvorimod en multivariable analyse betyder, at multiple variable prædikterer et enkelt outcome. Følgende er der i herværende undersøgelse anvendt begrebet multivariable analyse, da multivariate analyser i den beskrevne form ikke forekommer. Som en konsekvens af dette er analyser med én variabel kaldet univariable analyser og med to variable bivariable analyser.

Litteraturgennemgang

Herværende rapport omfatter flere temaer, som kan være genstand for en litteraturgennemgang. Det har ikke været muligt inden for tidsrammerne for aflevering af rapporten at gennemføre en stringent videnskabelig litteraturgennemgang, som eksempelvis anbefalet af Oxman & Guyatt [177], hverken med hensyn til at gennemføre søgninger, hvor alle artikler og referencer på givne områder er tilvejebragt, og heller ikke ved en stringent gennemgang af artiklernes metode. Alligevel er der foretaget en bred gennemgang af de områder, der er udvalgt for litteraturgennemgang. Der er foretaget søgninger i PubMed, EMBASE og PsycINFO samt ved browsing i relevante artikler. De anvendte søgeord har været sick leave, sickness absence, return to work, quality of life, health related quality of life og screening kombineret med mental disorder. Endvidere er der på Internettet søgt efter danske rapporter omhandlende relevante temaer.

3.5 Etik

Projektet er godkendt af Datatilsynet, og det har været forelagt Den Regionale Videnskabetiske Komité, som har meddelt, at undersøgelsen ikke hører under komitéens ansvarsområde.

I projektplanlægningen var der drøftelser af etiske problemstillinger med de involverede kommuner, således at kommunernes etiske værdier blev respekteret. Der blev indgået skriftlig aftale på politisk eller administrativt ledelsesniveau med hver enkelt kommune om udlevering af data til projektet.

4. Validering af Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ)

Som beskrevet i Kapitel 2 er det vanskeligt i praksis at identificere alle patienter med psykiske lidelser, hvilket især er påvist i undersøgelser fra almen praksis. Dette kan hænge sammen med den stigmatisering, der er forbundet med psykisk lidelse. Det kan også hænge sammen med, at psykisk lidelse ofte præsenterer sig med somatiske symptomer. Endelig kan det hænge sammen med, at der forekommer komorbiditet med somatiske lidelser, hvor der kun fokuseres på de somatiske aspekter. Af personer, der henvender sig i almen praksis med et nyt problem, opdages ca. halvdelen af de personer, der har en psykisk lidelse. Screening vurderes af Hickie et al. [163] i en oversigtsartikel at være af værdi, såfremt den instans, der foretager screeningen, tager konsekvensen af et screeningsresultat, og der kan tilbydes relevant behandling ved behov.

Der er foretaget et stort antal undersøgelser af værdien af screening i almen praksis, men det har ikke været muligt at finde undersøgelser, der har valideret screening i forhold til langtidssygemeldte. Der er imidlertid grund til at tro, at de faktorer, der gør sig gældende i almen praksis, også gør sig gældende i forhold til identifikation af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte. Denne antagelse underbygges af udsagn om underrapportering af psykiatriske diagnoser i sygemeldingsklæringer [133, 137, 143]. Validering af screeningsinstrumenter i en given population kan ikke overføres til andre populationer, som påpeget af Kraemer [164]. Det gør det relevant med en validering i forhold til en population af langtidssygemeldte.

Formål

Formålet med herværende delundersøgelse er følgende at validere CMD-SQ i forhold til en population af langtidssygemeldte, som har været kontinuerligt sygemeldt i over otte uger, uanset årsag til sygemeldingen. Undersøgelsen vil omfatte valideringer af skalaer i CMD-SQ samt valideringer i kombination med sociodemografiske variabler og sygemeldingsdiagnoser.

Studiepopulation

Materialet for undersøgelsen består af de 1.121 langtidssygemeldte i screeningsgruppen samt af gruppe for deltagelse i den psykiatriske diagnostiske undersøgelse (se Kapitel 3).

Data

De analyserede screeningsinstrumenter (skalaer) er følgende:

CMD-SQ
SCL-SOM
Whiteley-7
SCL-ANX4
SCL-8
SCL-DEP6
CAGE

samt en sammenfatning af SCL-SOM og Whiteley-7, kaldet

SOM-WHI

og en sammenfatning af SCL-8, SCL-ANX4 og SCL-DEP6, kaldet

SCL-8AD.

Hertil kommer kombinationer af SCL-8AD med sociodemografiske variabler og sygemeldingsdiagnoser.

Statistik og analyser

Undersøgelsen er udført med en tofaset metode som beskrevet i Kapitel 3 med de 1.121 langtidssygemeldte i screeningsgruppen som analysegruppe i Fase 1 og de 337 langtidssygemeldte, der gennemgik den psykiatriske diagnostiske undersøgelse som analysegruppe i Fase 2. Den tofasede metodik indebærer anvendelse af vægtede analyser som beskrevet af Dunn et al. [243] og Bisoffi et al. [244].

Valideringsmetoder

Den validering, der foretages, er en ekstern validering, hvilket vil sige, at screeningsinstrumenterne sammenholdes med en golden standard, som i herværende undersøgelse er den psykiatriske diagnostiske undersøgelse med anvendelse af det strukturerede diagnostiske instrument SCAN [165]. Figur 4.1 viser de testparametre, der normalt anvendes ved valideringsundersøgelser. Disse parametre indgår i en hyppigt anvendt valideringsmetodik kaldet ROC-analyser (Receiver Operating Characteristics), hvor testresultaterne kan fremstilles i kurveform, som vist i Figur 4.2. Her angiver y-aksen screeningsinstrumentets sensitivitet (SE) ved forskellige skala-scores på screeningsinstrumentet og x-aksen specificiteten, angivet som 1 minus specificitet (SP), for de tilsvarende skala-scores af screeningsinstrumentet. En væsentlig testparameter er arealet under kurven, AUC (area under curve). AUC har en værdi mellem 0 og 1. En kurve, som har en AUC-værdi nær 0,5, er ikke bedre end tilfældighed i diagnostikken, hvorimod

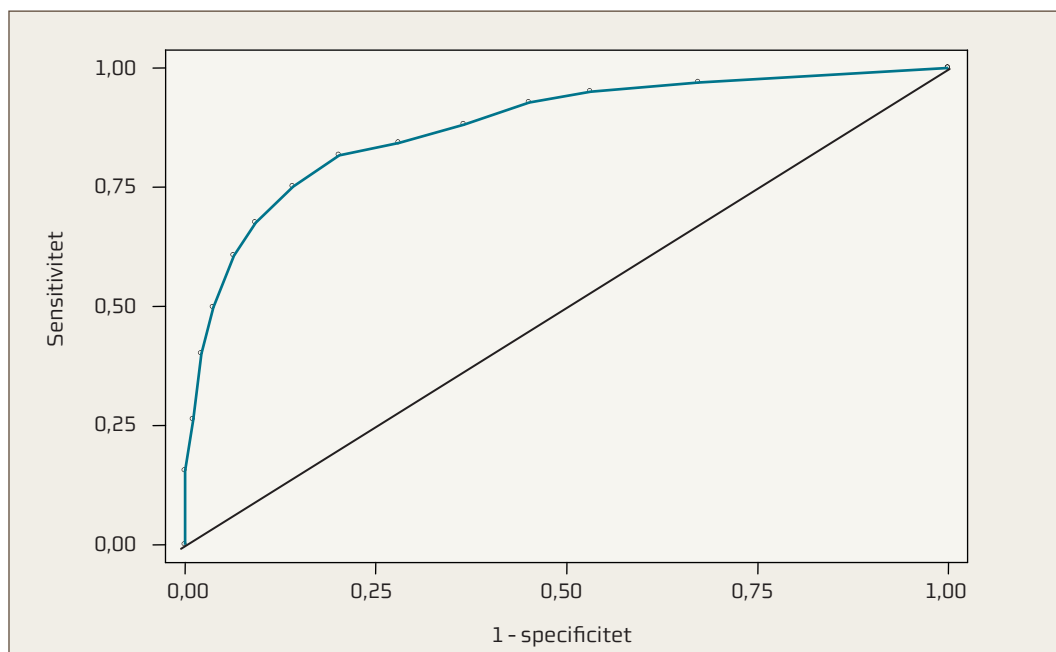
effektiviteten af screeningsinstrumentet stiger, jo nærmere AUC nærmer sig 1,0. Ved værdier, der nærmer sig 0, har screeningsinstrumentet i og for sig også værdi, men med modsat fortegn. Antallet af punkter på kurven afhænger af hvor mange skalatrin, der er på det anvendte screeningsinstrument. Værdier af AUC mellem 0,90 og 1,00 kaldes "fortræffelig", mellem 0,80 og 0,89 "god", mellem 0,70 og 0,79 "rimelig", mellem 0,60 og 0,69 "dårlig" og mellem 0,50 og 0,59 "mislykket" [255]. I figuren markerer punkterne på kurven de enkelte skala-scores i screeningsinstrument. For SCL-8AD er der 14 mulige

skala-scores mellem 0 og 13, men kurven har 15 punkter, inklusive hjørnerne. Dette skyldes, at punktet i øverste højre hjørne markerer den situation, hvor alle langtidssygemeldte opfattes som havende en psykiatrisk diagnose. Ved valideringen skal man bestemme den optimale skala-score. En positiv test er defineret ved et skala-cut-point, hvor den positive test omfatter den optimale skala-score og skala-scores derover. Eksempelvis vil et skala-cut-point 5/6 betyde, at en positiv test defineres ved en skala-score på 6 og derover.

Figur 4.1 Definition af testparametre: prævalens, testniveau og parametre for effektivitet af test

Diagnose	Testresultat		P P' = 1 - P
	+	-	
	TP	FN	1
	FP	TN	
	Q		Q' = 1 - Q
Prævalens = P = TP + FN Testniveau = Q = TP + FP	Sensitivitet = SE = TP / P Specificitet = SP = TN / P'	Prædiktiv værdi af en: Positiv test = PV P = TP / Q Negativ test = PV N = TN / Q'	
			Effektivitet = TP + TN

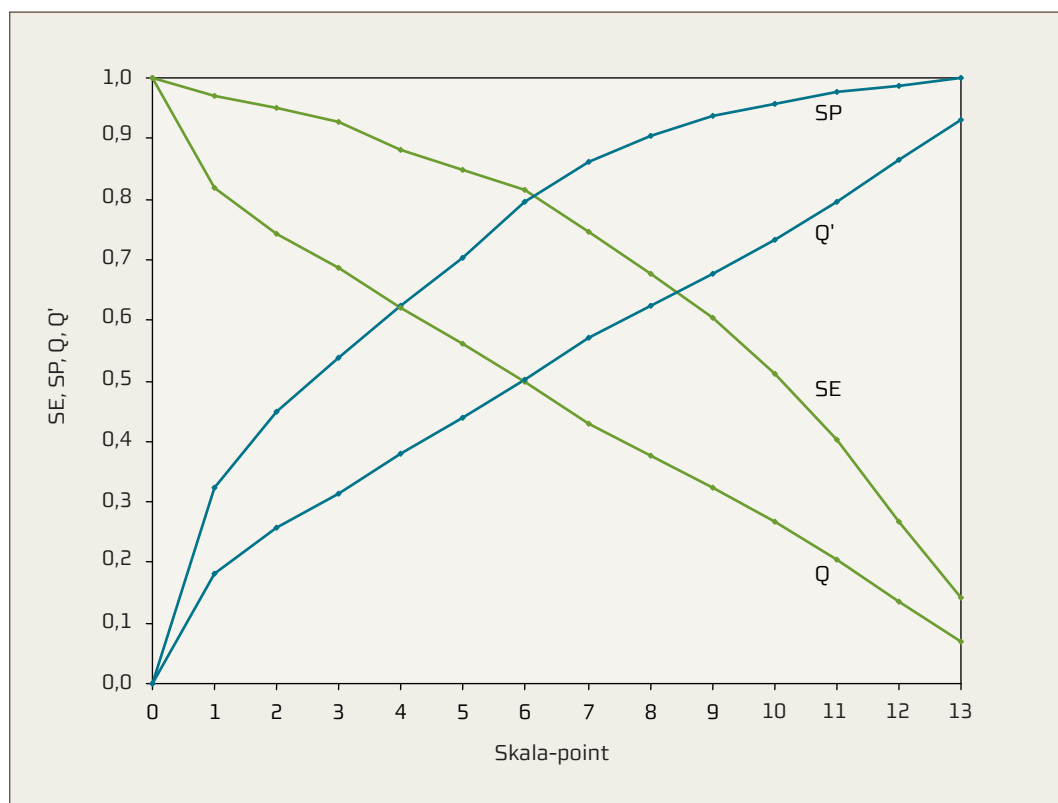
Figur 4.2 ROC-kurve af SCL-8AD testet mod alle psykiatriske diagnoser. Punkterne markerer skalaværdier på SCL-8AD



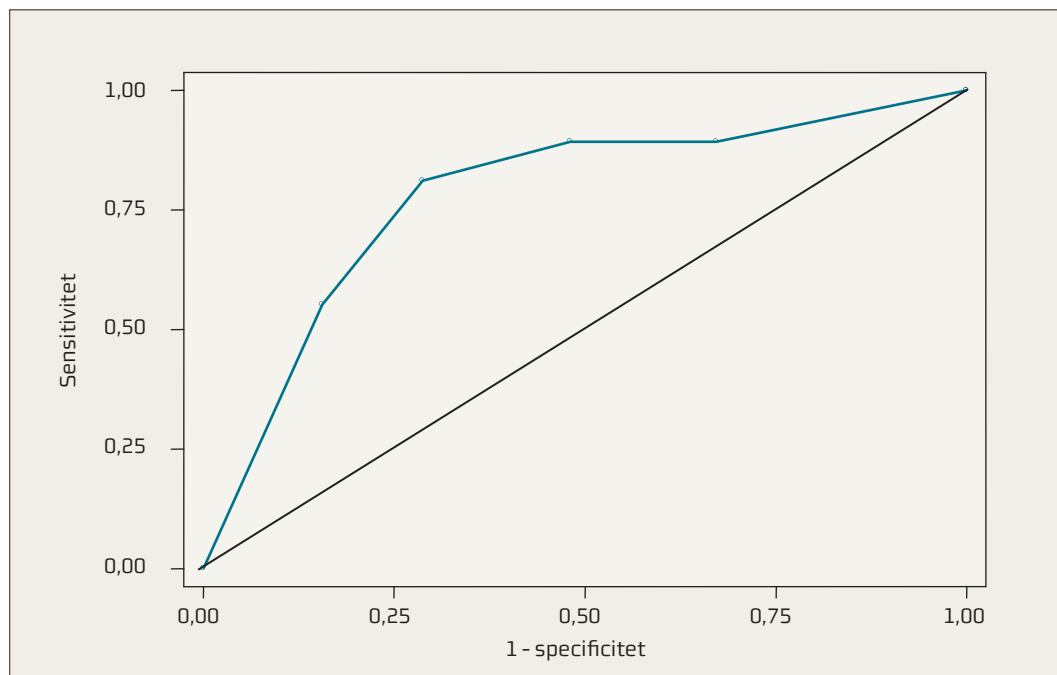
En validering af et screeningsinstrument, der viser en høj AUC, har muligheden for at være et godt screeningsinstrument, hvorimod dette ikke er tilfældet for værdier, der ligger nær 0,5. Imidlertid er det ikke alle screeningsinstrumenter med høj AUC-værdi, som reelt er gode screeningsinstrumenter, som påvist af Kraemer [164]. Det er ikke screeningsinstrumentet i sin helhed, der er afgørende, men den optimale test, der kan udledes af screeningsinstrumentet, testen med det optimale cut-point. Dette skal illustreres i det følgende. ROC-kurven i Figur 4.2 har en god AUC-værdi på 0,877, hvilket tyder på, at SCL-8AD, som i denne analyse testes over for "alle psykiatriske diagnoser", er et godt instrument. Man kan analysere ROC-kurven mere detaljeret ved at opsplitte den i sine elementer, som er SE og SP, og sammenligne disse testværdier med testniveauerne, som er den tilfældige forekomst af en positiv test i en population - Q - og den tilfældige forekomst af en negativ test i en population - Q'. SE angiver, hvor hyppigt (procentdel) en test er positiv for personer, der har en diagnose, og SP angiver den procentdel, hvor testen er negativ for personer, der ikke har en diagnose. Skal en test have værdi, skal SE ligge

betydeligt over Q og SP betydeligt over Q'. Figur 4.3 viser, at dette er tilfældet for ROC-kurven vist i Figur 4.2. Ved de bedste tests ligger både SE og SP højt (ROC-kurven vil krumme meget op mod øverste venstre hjørne, som i Figur 4.2). En analyse har imidlertid mindre værdi, hvis SE og Q og/eller SP og Q' ligger tæt op ad hinanden. At dette kan forekomme, kan ses ved nærmere analyse af ROC-kurven i Figur 4.4, som tester SCL-ANX4 over for diagnosen angst (ICD-10: F40-F43). Denne kurve har en rimelig AUC-værdi på 0,778. At testen imidlertid er mindre god, ses ved opsplitning af kurven i Figur 4.5, hvor det ses, at SCL-ANX4 har SE-værdier, der ligger højt i forhold til Q, hvilket vil sige, at testen er god til at opfange langtidssygemeldte med angst. Sammenligner man SP med Q', ses, at der er meget lille afstand mellem disse kurver, hvorfor skalaen ikke er god til at udelukke langtidssygemeldte uden angst. Der vil forekomme mange langtidssygemeldte uden angstdiagnose med en positiv test. Man kan sige, at den høje sensitivitet i skalaen sker på bekostning af, at den også udpeger en del langtidssygemeldte med mulig angst blandt dem, som ikke har dette, kaldet falsk positive.

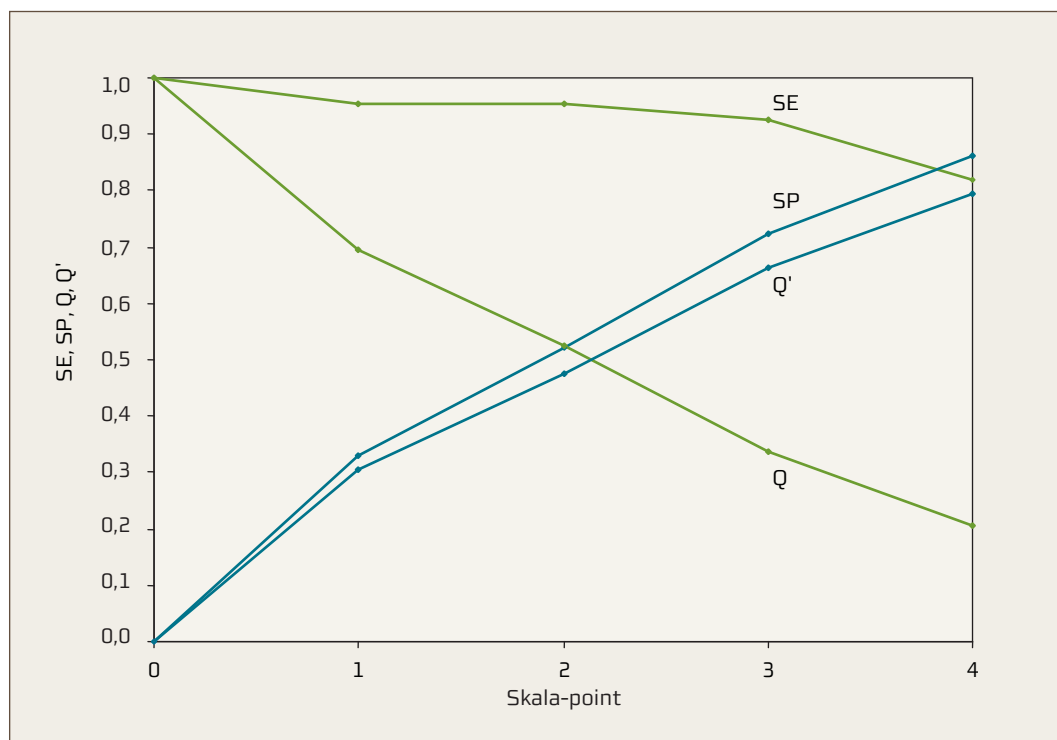
Figur 4.3 Sensitivitet (SE), specificitet (SP), testniveau for positiv test (Q) og testniveau for negativ test (Q'). Fordelt på skala-point for SCL-8AD



Figur 4.4 ROC-kurve af SCL-ANX4 testet mod alle angstdiagnoser. Punkterne angiver skalaværdier på SCL-ANX4



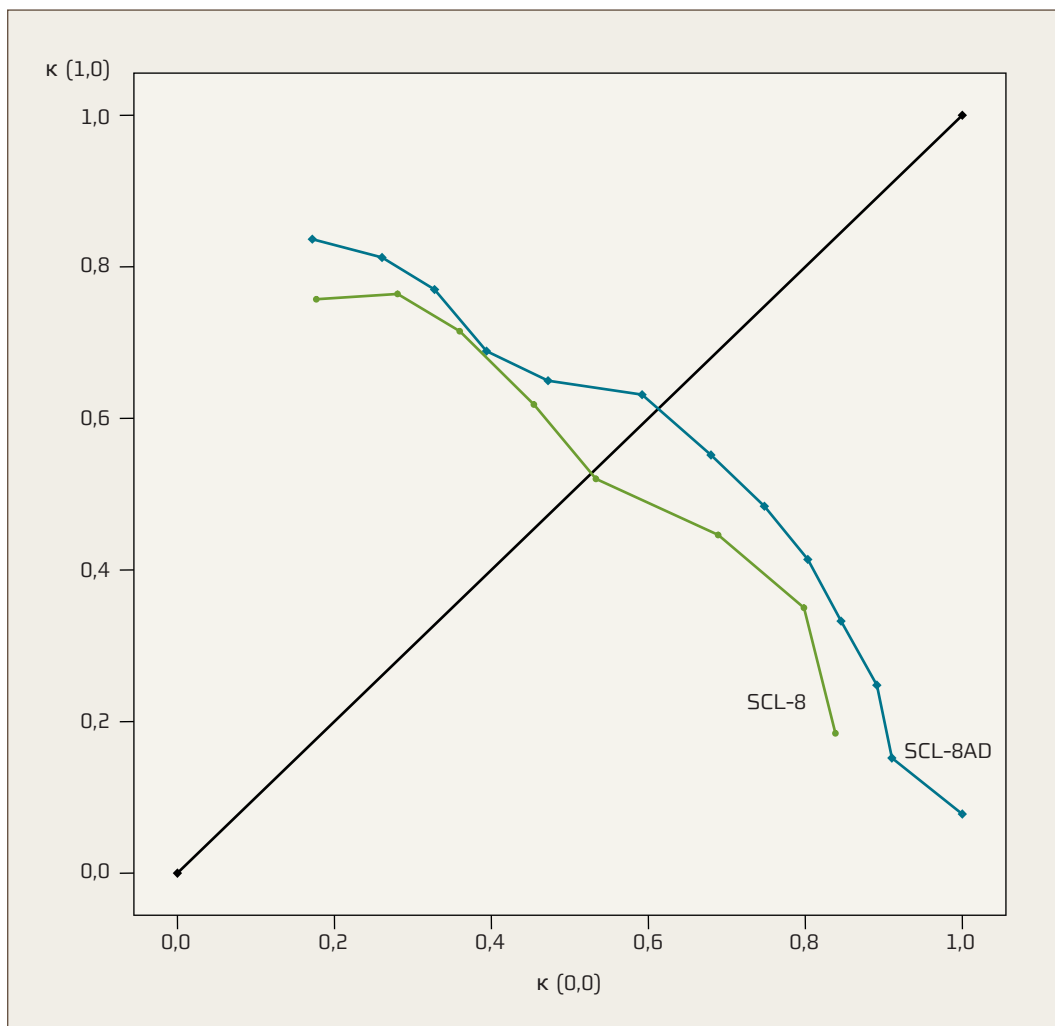
Figur 4.5 Sensitivitet (SE), specificitet (SP), testniveau for positiv test (Q) og testniveau for negativ test (Q'). Fordelt på skala-point for SCL-ANX4



For at forbedre ROC-analyserne er der som beskrevet af Kraemer [164] udviklet Q-ROC-analyser (Quality Receiver Operating Characteristics). Q-ROC-analyser har to fordele frem for ROC-analyser. For det første korrigerer Q-ROC-analyser for den tilfældige forekomst af en positiv test, Q, og den tilfældige forekomst af en negativ test, Q'. For at illustrere denne forskel, kan man se på Figur 4.3 og Figur 4.5. ROC-analyser tester på afstanden fra x-aksen op til henholdsvis kurverne for SE og SP, hvorimod Q-ROC-analyser tester på afstanden mellem Q og SE samt afstanden mellem Q' og SP. For det andet er Q-ROC-analyser standardiserede, således at det i figurform med testparametre er muligt direkte at sammenligne effektiviteten af forskellige tests. Dette får betydning ved bestemmelsen af det

optimale skala-cut-point og illustreres i Figur 4.6, som viser Q-ROC-analyser af screeningsinstrumenterne SCL-8AD og SCL-8 over for alle psykiatriske diagnoser. Det optimale skala-cut-point er det punkt, som ligger nærmest øverste højre hjørne, hvis man fører en lineal vinkelret på diagonalen op mod højre hjørne. Dette kan ved Q-ROC-analyser gøres ved samtidigt at sætte flere tests ind i det samme plot, hvorimod dette ikke kan gøres ved ROC-analyser, idet den linje, som man skal føre linealen op ad, ikke er diagonalen, men forskellige linjer for hver test, afhængig af prævalensen af den sygdom, der testes overfor. En direkte sammenligning af screeningsinstrumenter bliver derved ikke mulig. Figur 4.6 viser, at SCL-8AD har bedre testegenskaber end SCL-8 i denne sammenhæng.

Figur 4.6 Q-ROC-kurve af SCL-8AD og SCL-8 testet mod alle psykiatriske diagnoser. Punkterne angiver skalaværdier på SCL-8AD og SCL-8



Skal man illustrere problematikken mere populært, kan det gøres ved at sammenligne Celsius-skalaen og Fahrenheit-skalaen ved temperaturmåling. Disse skalaer kan sammenlignes rent matematisk med en formel, hvilket dog ikke direkte er muligt ved sammenligning af screeningsinstrumenter. Hvis man eksempelvis siger, at temperaturen er 25 grader, er det en meget forskellig temperatur afhængig af, om der måles på Celsius-skalaen eller Fahrenheit-skalaen. Ved Q-ROC-analyser betyder dette, at værdierne for temperatur bliver omformet til en fælles skala. En stor fordel ved Q-ROC-analyser rækker ud over dette, for selvom man har en oplysning om, at temperaturen er 25 grader på Celsius-skalaen, ved man ikke, om dette er varmt eller koldt. Dette vil afhænge af gennemsnitstemperaturen på den givne årstid og den givne lokalitet på kloden. Q-ROC-analyser vil i denne analogi tage hensyn til den gennemsnitlige temperatur på en given lokalitet på en given årstid, og derved kan det afgøres, om det er varmt eller koldt. Dette er analogt med, at Q-ROC-analyser sætter SE-værdier og SP-værdier i forhold til den tilfældige forekomst af henholdsvis positiv test, Q, og negativ test, Q'.

Effektparametrene ved Q-ROC-analyser kan også udtrykkes matematisk i form af κ -værdier. De anvendte effektparametre fremgår af Figur 4.7.

K-værdier varierer mellem 0 og 1, og jo nærmere 1 jo bedre resultat. $\kappa(1,0)$ er et relativt udtryk for testens sensitivitet på det givne skala-cut-point, og $\kappa(0,0)$ er et relativt udtryk for testens specificitet, også for det givne skala-cut-point. Når man vil anvende screeningsinstrumenter, er det væsentligt at afgøre, om man vil lægge vægt på en høj sensitivitet i undersøgelsen, det vil sige, at undersøgelsen opfanger langtidssygemeldte, der har en diagnose, eller en høj specificitet, hvilket vil sige, at den udelukker langtidssygemeldte, som ikke har den pågældende diagnose. De to ting sker ofte på bekostning af hinanden. $\kappa(r,0)$ er en parameter, hvor man kan teste effektiviteten af en test i forhold til en valgt grad af sensitivitet. Værdien r er en værdi, der varierer mellem 0 og 1, og $r' = 1-r$. Jo højere man vælger r , des højere sensitivitet. $\kappa(r,0)$ er testparameteren for den valgte grad af sensitivitet, og jo højere værdi af $\kappa(r,0)$, des større effektivitet af testen for det givne valg af r . I herværende undersøgelse er det valgt at analysere på værdierne $r = 0,2$, lav sensitivitet og dermed høj specificitet, $r = 0,5$, middel sensitivitet og specificitet og $r = 0,8$, høj sensitivitet og lav specificitet. Det beror på situationen,

om man skal vælge den ene eller den anden r -værdi. De valgte værdier er arbitrære, og man kunne have valgt at teste ved andre værdier. K-værdierne er efterfulgt af en parentes, og den første værdi angiver r . Den anden værdi angiver en faktor for økonomisk rentabilitet af en test. Denne faktor anvendes ikke i herværende undersøgelse, hvorfor værdien altid vil være 0. K-værdier tolkes som perfekte, hvis værdien er 1 og næsten perfekte mellem 0,75 og 0,99, solide mellem 0,45 og 0,74, moderate mellem 0,20 og 0,44 og rimelige mellem 0,00 og 0,19 [256].

Analysen

Analysen er foretaget på basis af langtidssygemeldte i Fase 2 med vægtning på specifikke skalaer op til antal langtidssygemeldte i Fase 1 som beskrevet af Dunn et al. [243] og Bisoffi et al. [244]. Estimer af SE og SP inklusive 95%-sikkerhedsgrenser er foretaget med vægtnet logistisk regression, også som beskrevet af Dunn et al. [243] og Bisoffi et al. [244]. Sikkerhedsgrenserne er ikke bestemt ved jackknife metode. 95%-sikkerhedsgrenser for prædiktive værdier af positive tests (PVP) og negative tests (PVN) er udregnet ved brug af binomialtests ved prospektiv samplingsteknik som beskrevet af Kraemer [164]. Analysen er udført med SPSS 14.0 [252] og STATA 7.0 [251].

4.1 Resultater

Først er der ved ROC-analyser fundet optimale item-cut-points. Resultaterne er ikke vist i detaljer her, men de viser ret entydigt, at uanset den diagnose, der er testet overfor, og uanset screeningsinstrumentet, er item-cut-points mellem 0 og 1 de optimale. Der er enkelte undtagelser, hvor SCL-SOM og Whiteley-7 er testet over for somatoform lidelse, hvor et item-cut-point mellem 1 og 2 ser ud til at være lige så optimale. De væsentligste resultater af denne analyse er vist i Tabel 4.1, som viser AUC for ROC-analysen. AUC for de optimale screeningsinstrumenter er fremhævet med fedt. Det ses, at SCL-8AD med enkelte undtagelser har større effektivitet end de andre screeningsinstrumenter ved testning over for de fleste psykiatriske diagnoser. CAGE fungerer bedst i forhold til alkoholafhængighed, SOM-WHI bedst i forhold til somatoforme lidelser, SCL-ANX4 i forhold til grupperinger af angstlidelser og hele CMD-SQ i forhold til F40.0-F40.1.

Figur 4.7 Definition af testparametre (kappa-værdier) ved Q-ROC-analyser

$$\begin{aligned} \kappa(1,0) &= (SE - Q) / Q' \text{ er et kvalitetsmål for sensitivitet} \\ \kappa(0,0) &= (SP - Q') / Q \text{ er et kvalitetsmål for specificitet} \\ \kappa(r,0) &= (P * Q' * r * \kappa(1,0) + P' * Q * r' * \kappa(0,0)) / (P * Q' * r + P' * Q * r') \end{aligned}$$

Tabel 4.1 Hovedresultater af primære ROC-analyser med angivelse af AUC

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	CMD-SQ	SCL-8AD	SCL-8	Øvrige skalaer
Alle psykiatriske diagnoser	0,811	0,877	0,845	0,680 SOM-WHI, cut 0/1 0,619 SOM-WHI, cut 1/2 0,669 SCL-SOM, cut 0/1 0,615 SCL-SOM, cut 1/2 0,594 Whiteley-7, cut 0/1 0,595 Whiteley-7, cut 1/2 0,809 SCL-ANX4 0,841 SCL-DEP6
Organisk lidelse: F0	0,612	0,636	0,616	
Misbrug: F1	0,858	0,774	0,806	0,949 CAGE
Psykose: F2	0,702	0,792	0,777	
Bipolar lidelse incl. cyclothymi: F30, F31, F34.0	0,802	0,815	0,783	
Alle depressioner: F31.3-5, F32, F33, F34.1	0,821	0,869	0,835	0,853 SCL-DEP6
Depression incl. dysthymi: F32, F33, F34.1	0,814	0,860	0,827	0,847 SCL-DEP6
Depression, moderat og svær: F32.1-3, F33.1-3	0,825	0,878	0,854	0,864 SCL-DEP6
Angst, alle: F40-F43	0,708	0,788	0,778	0,778 SCL-ANX4
Angstlidelser: F40, F41	0,825	0,828	0,822	0,867 SCL-ANX4
Angstlidelser: F40.0-F40.1	0,892	0,890	0,886	0,882 SCL-ANX4
Angstlidelser: F41.0-F41.1	0,760	0,764	0,753	0,830 SCL-ANX4
OCD: F42	0,781	0,852	0,793	0,640 SCL-ANX4
Tilpasningsforstyrrelser: F43	0,513	0,575	0,567	0,568 SCL-ANX4
Somatoform lidelse: F44, F45, F48	0,670	0,613	0,603	0,703 SOM-WHI, cut 0/1 0,733 SOM-WHI, cut 1/2 0,671 SCL-SOM, cut 0/1 0,695 SCL-SOM, cut 1/2 0,616 Whiteley-7, cut 0/1 0,713 Whiteley-7, cut 1/2
Spiseforstyrrelse: F5	0,456	0,492	0,469	
Personlighedsforstyrrelse: F6	0,731	0,832	0,784	
ADHD: F9	0,653	0,840	0,734	

Herefter er de videre analyser foretaget som Q-ROC-analyser med item-cut-points 0/1. Der er opstillet flere modeller, hvoraf resultaterne af de første fem er vist i Tabel 4.2. Model 1 er en kombineret analyse, hvor CAGE er testet over for diagnosen alkoholafhængighed, somatoform lidelse over for SCL-SOM, Whiteley-7 og SOM-WHI samt øvrige psykiatriske diagnoser (alle psykiatriske diagnoser minus alkoholafhængighed og somatoform lidelse) over for SCL-8AD, SCL-8 og CMD-SQ. Herudover er der foretaget analyser med item-cut-points mellem 1 og 2 på SCL-SOM, Whiteley-7 og SOM-WHI, men resultaterne er ikke vist, idet Q-ROC-analyserne viser, at anvendelsen af disse item-cut-points medfører betydeligt lavere κ -værdier end item-cut-points mellem 0 og 1. De optimale skala-cut-points er fundet ved Q-ROC-analyser, hvor κ -værdier for hver testning er vist ved forskellige grader af sensitivitet, $r = 0,2, 0,5$ og $0,8$. De optimale screeningsinstrumenter over for de respektive diagnosegrupper er fremhævet med fedt på baggrund af de største κ -værdier. Efter disse Q-ROC-analyser, hvor specifikke screeningsinstrumenter er testet over for de specifikke diagnosegrupper, er der i den totale test foretaget en kombination med test over for alle psykiatriske diagnoser, således at en langtidssygemeldt har en positiv test, hvis der er testet positiv på mindst ét af screeningsinstrumenterne CAGE, SOM-WHI eller SCL-8AD. Denne sammenfattende test viser κ -værdier på 0,4937 ved $r = 0,2$, 0,5629 ved $r = 0,5$ og 0,4825 ved $r = 0,8$.

I Model 2 er CMD-SQ testet over for alle psykiatriske diagnoser, i Model 3 SCL-8AD over for alle psykiatriske diagnoser og i Model 4 SCL-8 over for alle psykiatriske diagnoser. Af disse tre modeller tester SCL-8AD bedst over for alle psykiatriske diagnoser.

I Model 5 er materialet opsplittet på, om den langtidssygemeldte har en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose eller ej. Testen er defineret positiv, hvis den langtidssygemeldte har en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose, samt for langtidssygemeldte uden psykiatrisk sygemeldingsdiagnose, hvis der på SCL-8AD er scoret over det optimale skala-cut-point, som er fundet ved en Q-ROC-analyse. For $r = 0,2$ er testen positiv ved en skala-score på 10 eller derover.

For Model 6 til 9 (Tabel 4.3 og Tabel 4.4) er der foretaget en yderligere opsplitning af materialet med angivelse af to modeller A og B.

I A-modellerne er der foretaget opdeling i forhold til værdierne af sociodemografiske variabler:

- 6A Skoleuddannelse: alene folkeskole eller over folkeskole
- 7A Arbejdsforhold: i arbejde eller ikke i arbejde
- 8A Køn
- 9A Beskæftigelse: faglært arbejde eller ikke faglært arbejde

Der er ved Q-ROC-analyser fundet optimale skala-cut-points på SCL-8AD afhængigt af værdierne af de sociodemografiske variabler. En positiv test er defineret som en skala-score over det optimale skala-cut-point.

I B-modellerne er primært foretaget en opdeling i forhold til, om den langtidssygemeldte har en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose eller ej. En psykiatrisk sygemeldingsdiagnose er defineret som en positiv test. Derefter er der for langtidssygemeldte uden psykiatrisk sygemeldingsdiagnose ved Q-ROC-analyser fundet optimale skala-cut-points, som i A-modellerne. Der kan godt være andre optimale skala-cut-points end i A-modellerne, da der ikke er tale om den samme population.

For hver af modellerne A og B er der foretaget en total test, som er en sammenfattende test omfattende samtlige langtidssygemeldte med anvendelse af de nævnte kriterier for positiv test.

Tabel 4.3 viser resultaterne af Model 6 og Model 7, som viste sig at være de to modeller, der havde de bedste κ -værdier, Model 6B for $r = 0,8$ med en κ -værdi på 0,6911, Model 6B for $r = 0,5$ med en κ -værdi på 0,7172 samt Model 7B for $r = 0,2$ med en κ -værdi på 0,7032. De optimale skala-cut-points fremgår endvidere af tabellen.

Tabel 4.4 viser resultaterne af Model 8 og Model 9. Her skal det bemærkes, at κ -værdierne er lavere end for de optimale tests, men alle modeller har dog solide κ -værdier, og Model 7B ligger nær de optimale tests i Tabel 4.3.

I Tabel 4.5 vises resultaterne for de tre kategorier af sygemeldingsdiagnoser uden brug af screeningsinstrumenter samt de respektive værdier af SE, SP, PVP og PVN med 95%-sikkerhedsgrenser. Det ses, at der er tale om solide κ -værdier mellem 0,5280 og 0,5433, men mindre end de optimale tests i Tabel 4.3. Det, der karakteriserer sygemeldingsdiagnoserne, er en sensitivitet på lige godt 50%, hvilket betyder, at de kun identificerer godt halvdelen af de langtidssygemeldte, der har en psykisk lidelse. Det er endvidere karakteristisk, at de prædiktive værdier af en positiv test ligger nær 100%, hvilket betyder, at når sygemeldingsdiagnosen siger, at der er en psykisk lidelse, vil det så godt som altid være tilfældet.

Tabel 4.6 viser testvariablerne SE, SP, PVP og PVN med 95%-sikkerhedsgrenser for de optimale modeller 6B og 7B ved $r = 0,2$, $r = 0,5$ og $r = 0,8$.

Tabel 4.2 Q-ROC-analyser med angivelse af optimale skala-cut-points og kappa-værdier for valideringsmodellerne Model 1-5

Model	Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Skala	r = 0,2		r = 0,5		r = 0,8	
			Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa
<u>Model 1:</u>	Total test	-	-	0,4937	-	0,5629	-	0,4825
CAGE over for alkoholmisbrug,	Alkoholmisbrug	CAGE*	1/2	0,5794	1/2	0,6024	1/2	0,6273
SCL-SOM og Whiteley-7	Somatoform lidelse	SCL-SOM Whiteley-7	8/9 6/7	0,0893 0,0929	8/9 6/7	0,1190 0,1065	7/8 5/6	0,1890 0,1345
over for somatoform lidelse, og SCL-8AD over for øvrige diagnoser	SOM-WHI 0/1*	SOM-WHI 0/1*	17/18*	0,1676	15/16*	0,1482	10/11*	0,2247
<u>Model 2:</u>	Total test	SCL-8AD*	8/9*	0,7782	6/7*	0,6314	5/6*	0,6448
Øvrige diagnoser	SCL-8	SCL-8	6/7	0,6317	5/6	0,5655	2/3	0,6110
<u>Model 3:</u>	Total test	CMD-SQ	19/20	0,5291	14/15	0,4634	12/13	0,5086
CMD-SQ over for alle diagnoser	CMD-SQ	CMD-SQ	20/21	0,5584	14/15	0,4951	12/13	0,5184
<u>Model 4:</u>	Total test	SCL-8AD	8/9	0,6761	5/6	0,6110	5/6	0,6230
SCL-8AD over for alle diagnoser	SCL-8AD	SCL-8AD	8/9	0,6761	5/6	0,6110	5/6	0,6230
<u>Model 5:</u>	Total test	SCL-8	6/7	0,6355	5/6	0,5416	2/3	0,5970
Positiv test:	SCL-8 over for alle diagnoser	SCL-8	6/7	0,6355	5/6	0,5416	2/3	0,5970
<u>Model 5:</u>	Total test	SCL-8AD		0,6862		0,7059		0,6264
1. Psykiatrisk sygdomsdiagnose	Ingen psykiatrisk sygdomsdiagnose	SCL-8AD	9/10	0,5753	7/8	0,5141	5/6	0,4866
2. Ved negativ psykiatrisk sygdomsdiagnose: over skala-cut-point	Alle diagnoser	Alle diagnoser						

*) Optimale skala over for diagnosegruppe

Definition af positiv test i Model 6-9

Model A: Positiv test: Over skala-cut-point differentieret på sociodemografisk variabel

Model B: Positiv test: 1. Psykiatrisk sygdomsdiagnose - eller
2. Ved negativ psykiatrisk sygdomsdiagnose:
over skala-cut-point differentieret på sociodemografisk variabel

Table 4.3 Q-ROC-analyser med angivelse af optimale skala-cut-points og kappa-værdier for valideringsmodellerne Model 6 og 7
Model 6 og 7 Tabel 4.3 Q-ROC-analyser med angivelse af optimale skala-cut-points og kappa-værdier for valideringsmodellerne Model 6 og 7

Model	Psikiatrisk diagnose, ICD-10	Skala	r = 0,2		r = 0,5		r = 0,8	
			Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa
<u>Model 6A:</u>	Total test	SCL-8AD		0,65194		0,6516		0,5788
	Alle diagnoser							
	Alene folkeskole		8/9	0,6601	7/8	0,5772	5/6	0,5511
	Over folkeskole		6/7	0,8137	5/6	0,7865	3/4	0,7920
<u>Model 6B:</u>	Total test	SCL-8AD		0,6925		0,7172		0,6911
	Alle diagnoser							
	Alene folkeskole		8/9	0,5417	7/8	0,4895	7/8	0,4531
	Over folkeskole		9/10	0,6540	5/6	0,6699	4/5	0,7132
<u>Model 7A:</u>	Total test	SCL-8AD		0,5077		0,5969		0,6044
	Alle diagnoser							
	Ikke i arbejde		7/8	0,6526	6/7	0,4843	4/5	0,4235
	I arbejde		8/9	0,6323	5/6	0,6096	5/6	0,6323
<u>Model 7B:</u>	Total test	SCL-8AD		0,7032		0,7000		0,6380
	Alle diagnoser							
	Ikke i arbejde		6/7	0,6314	6/7	0,4735	4/5	0,4215
	I arbejde		8/9	0,5670	7/8	0,4977	5/6	0,5150

Tabel 4.4 Q-ROC-analyser med angivelse af optimale skala-cut-points og kappa-værdier for valideringsmodellerne Model 8 og 9

Model	Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Skala	r = 0,2		r = 0,5		r = 0,8	
			Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa
Model 8A:	Total test	SCL-8AD		0,5675		0,6158		0,5474
	Alle diagnoser							
	Mænd		6/7	0,6228	6/7	0,6069	2/3	0,6524
	Kvinder		8/9	0,7010	5/6	0,6005	5/6	0,5937
Model 8B:	Total test	SCL-8AD		0,6992		0,6973		0,5944
	Alle diagnoser							
	Mænd		9/10	0,5299	6/7	0,4790	2/3	0,5246
	Kvinder		8/9	0,6288	7/8	0,5355	7/8	0,4713
Model 9A:	Total test	SCL-8AD		0,5922		0,6183		0,5010
	Alle diagnoser							
	Faglært arbejde		9/10	0,6841	8/9	0,5178	6/7	0,7205
	Ikke faglært arbejde		7/8	0,6754	5/6	0,6061	2/3	0,6064
Model 9B:	Total test	SCL-8AD		0,7024		0,7139		0,6354
	Alle diagnoser							
	Faglært arbejde		9/10	0,7594	9/10	0,5580	8/9	0,7570
	Ikke faglært arbejde		8/9	0,5629	7/8	0,4973	5/6	0,4755

Table 4.5 Q-ROC-analyser for Model 10 (sygemeldingsdiagnoser) med angivelse af kappa-værdier og SE, SP, PVP og PVN angivet i %

Model	Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Sygemeldingsdiagnose	Sygemeldingsdiagnose	Sygemeldingsdiagnose, læge	Sygemeldingsdiagnose, borger
Model 10:	Total test	Ingen	$\kappa = 0,5393$	Ingen	$\kappa = 0,5280$
Sygemeldingsdiagnoser	Alle diagnoser	cut-points	cut-points	cut-points	cut-points
<u>Testparametre:</u>					
SE		53,4 (45,0-60,7)		54,3 (46,7-61,6)	52,2 (44,8-59,6)
SP		99,5 (96,8-99,9)		99,5 (96,6-99,9)	99,5 (96,8-99,9)
PVP		99,0 (97,1-100,0)		99,0 (97,1-100,0)	98,9 (96,9-100,0)
PVN		69,9 (64,0-75,9)		69,6 (63,5-75,7)	69,5 (63,5-75,5)

Table 4.6 SE, SP, PVP, PVN angivet i % for optimale testmodeller Model 6 og 7

Model	Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Skala	$r = 0,2$	$r = 0,5$	$r = 0,8$
Model 6B:	Alle	SCL-8AD	SE 75,2 (67,6-81,5)	83,2 (76,1-88,5)	83,9 (76,8-89,1)
		SP	93,5 (88,7-96,3)	87,8 (81,8-91,9)	85,2 (79,1-89,8)
		PVP	91,3 (88,0-94,6)	86,1 (82,3-89,9)	83,7 (79,6-87,8)
		PVN	80,6 (77,1-84,1)	85,2 (81,7-88,5)	85,3 (81,9-88,7)
Model 7B:	Alle	SCL-8AD	SE 77,5 (69,6-83,8)	80,2 (72,2-86,3)	81,1 (73,3-87,0)
		SP	92,6 (87,6-95,7)	89,7 (84,4-93,3)	82,8 (75,9-88,1)
		PVP	90,9 (87,1-94,3)	88,1 (85,2-91,0)	81,6 (77,6-85,7)
		PVN	81,2 (77,7-84,7)	82,6 (79,2-86,1)	82,2 (78,6-85,8)

Tabel 4.7 Q-ROC-analyser med angivelse af optimale skala-cut-points og kappa-værdier ved testning af SCL-8AD, SCL-DEP6 og SCL-ANX4 over for forskellige diagnosegrupper

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Skala	r = 0,2			r = 0,5			r = 0,8					
		Cut-point	$\kappa(1,0)$	$\kappa(0,0)$	Cut-point	$\kappa(0,2,0)$	$\kappa(1,0)$	$\kappa(0,0)$	Cut-point	$\kappa(0,5,0)$	$\kappa(1,0)$	$\kappa(0,8,0)$	
		Alle diagnoser	8/9	0,414	0,803	0,676*	5/6	0,631	0,592	0,611*	5/6	0,631	0,592
SCL-8	6/7	0,350	0,798	0,636	5/6	0,446	0,689	0,542	2/3	0,715	0,360	0,597	
Alle depressioner: F31.3-5, F32, F33, F34.1	SCL-8AD	9/10	0,462	0,691	0,529	6/7	0,690	0,503	0,564*	5/6	0,749	0,415	0,635*
SCL-DEP6	4/5	0,348	0,657	0,566*	3/4	0,554	0,570	0,562	2/3	0,690	0,410	0,586	
Angst: F40-F43	SCL-8AD	10/11	0,489	0,325	0,348*	10/11	0,489	0,325	0,390*	8/9	0,624	0,225	0,460
SCL-ANX4	3/4	0,357	0,322	0,319	3/4	0,357	0,322	0,354	2/3	0,516	0,247	0,496*	
F40-F41	SCL-8AD	11/12	0,460	0,305	0,327	10/11	0,659	0,268	0,381	10/11	0,659	0,268	0,510
SCL-ANX4	3/4	0,775	0,315	0,358*	3/4	0,775	0,315	0,448*	3/4	0,775	0,315	0,600*	

*) Optimale test for diagnosegruppe

Tabel 4.8 Vægtet logistisk regression af SCL-8AD med skala-cut-point 5/6 og sociodemografiske variabler mod alle psykiatriske diagnoser med 95%-sikkerhedsgrenser

Variabel	Værdi af variabel = 1	OR	Sikkerhedsgrenser	p
SCL-8AD	Skala-score 6 og over	17,67	9,85-31,69	0,000
Arbejdsforhold*	Ikke i arbejde	3,18	1,30-7,77	0,011
Beskæftigelse**	Beskæftiget med faglært arbejde	0,15	0,05-0,45	0,001
Konstant		0,22	0,13-0,36	0,000

*) Reference: fuldtids og deltids arbejde

**) Reference: øvrige typer af beskæftigelse

I Tabel 4.7 vises Q-ROC-analyser af SCL-8AD testet over for alle psykiatriske diagnoser, alle depressioner og angsttilstande, den brede angstgruppe (ICD-10: F40-F43) og den mere specifikke angstgruppe (ICD-10: F40-F41) samt SCL-DEP6 over for alle depressioner og SCL-ANX4 over for de samme angstgrupper som for SCL-8AD. Resultaterne viser, at SCL-8AD tester bedst over for alle psykiatriske diagnoser sammenlignet med SCL-8, idet der i alle tilfælde er højere κ -værdier. Sammenlignes SCL-8 med SCL-DEP6 over for depression, findes SCL-8AD at teste bedst ved $r = 0,8$, lige godt ved $r = 0,5$ og SCL-DEP6 bedst ved $r = 0,2$. Ved sammenligning af SCL-8AD over for de to angstgrupper tester SCL-8AD bedst over for den brede angstgruppe ved $r = 0,2$ og $0,5$, hvorimod det er SCL-ANX4 ved $r = 0,8$. Over for den mere specifikke angstgruppe tester SCL-ANX4 altid bedst. $K(1,0)$ angiver testværdier for specificiteten. Her ses som ventet stigende værdier med stigende valg af r . $K(0,0)$ angiver tilsvarende testværdier for specificiteten, og her ses også som ventet faldende værdier for stigende valg af r . Tabellen viser også, at stigende specificitet af diagnosen medfører faldende testværdier for de undersøgte tests, idet κ -værdierne bliver mindre.

Testparametrene SE, SP, PVP og PVN for analyserne kan ses i Bilag 4.1.

Tabel 4.8 viser en logistisk regression med skala-cut-point 5/6 i SCL-8AD, som er det optimale cut-point for $r = 0,5$ (Model 3). Ved en positiv test for dette skala-cut-point er der 17,67 gange større sandsynlighed for, at man har en psykiatrisk diagnose end ved en skala-score på 5 eller under. Ved arbejdsforhold ses, at er man ikke i arbejde, er sandsynligheden for en psykiatrisk diagnose 3,18 gange større, end hvis man er i arbejde, og ved beskæftigelse ses, at hvis man er beskæftiget med faglært arbejde, er sandsynligheden 0,15 gange for at få en psykiatrisk diagnose, end hvis man ikke er beskæftiget med faglært arbejde. SCL-8AD har således betydeligt større prædiktiv værdi end de sociodemografiske variabler.

I Kapitel 3 blev det beskrevet, at covariablerne køn, alder, bopælskommune og DREAM-variablerne er kendt for samtlige 2.414 langtidssygemeldte, og at kendskab til disse variabler giver muligheder for at ekstrapolere resultaterne for de 337 langtidssygemeldte til samtlige 2.414 langtidssygemeldte ved en betinget vægtningsmetode, som er beskrevet af Zhou [245, 246], Hunink & Begg [247] og Bisoffi et al. [244]. Tabel 4.9 viser resultaterne af tre Q-ROC-analyser med SCL-8AD som screeningsinstrument med og uden inddragelse af covariabler. Først vises den tidligere beskrevne Model 3, hvor der kun foretages vægtning med SCL-8AD. Dernæst vises en model, hvor der er foretaget specifik vægtning med SCL-8AD i forhold til

Tabel 4.9 Q-ROC-analyser med inddragelse af køn, alder, bopælskommune og DREAM-variabler (overførselsindkomst) i forhold til screeningsgruppen ($N = 1.121$) og totalgruppen ($N = 2.414$) sammenlignet med Q-ROC-analyse uden inddragelse af disse variabler (Model 3 i Tabel 4.2)

Model	$r = 0,2$		$r = 0,5$		$r = 0,8$	
	Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa	Optimalt cut-point	Kappa
Vægtning alene på SCL-8AD for 1.121	8/9	0,6761	5/6	0,6110	5/6	0,6230
Vægtning på SCL-8AD plus køn, alder og DREAM-variabler (ledighed og øvrig overførselsindkomst året før) for 1.121	9/10	0,6482	5/6	0,5948	5/6	0,6207
Vægtning på SCL-8AD plus køn, alder og DREAM-variabler (ledighed og øvrig overførselsindkomst året før) for 2.414	8/9	0,6346	5/6	0,5850	5/6	0,6121

covariablerne køn, alder (dikotomiseret som under 40 år eller 40 år og derover) og DREAM-variablerne (plus minus ledighed året før og plus minus øvrige overførselsindkomster året før) med vægtning op til 1.121 og i den sidste model med vægtning op til 2.414. Med hensyn til forudsætninger for disse analyser henvises til Kapitel 3. Resultatet i forhold til de 1.121 viser, at inddragelse af covariablerne ikke forbedrer testegenskaberne, idet k -værdierne er lidt mindre end i den første af modellerne. Det optimale cut-point ændrer sig ved $r = 0,2$ til 9/10 i stedet for 8/9. Ved vægtning i forhold til totalgruppen på 2.414 langtidssygemeldte falder k -værdierne yderligere, men beskedent. Testværdierne ligger så nær hinanden, at det findes rimeligt at ekstrapolere resultater af undersøgelser fra screeningsgruppen til totalgruppen.

4.2 Sammenfatning

- ▶ Q-ROC-analyser (Quality Receiver Operating Characteristics) har ved ekstern validering af screeningsinstrumenter fordele over for ROC-analyser (Receiver Operating Characteristics). Q-ROC-analyser tager den tilfældige forekomst af positiv test og negativ test i den undersøgte population i betragtning, og Q-ROC-analyser har standardiserede testparametre, hvilket gør testresultater af flere screeningsinstrumenter mere direkte sammenlignelige.
- ▶ For en population af langtidssygemeldte har et uddrag af screeningsinstrumentet CMD-SQ, kaldet SCL-8AD og bestående af SCL-8, SCL-ANX4 og SCL-DEP6 (items 20-32 i CMD-SQ), bedre testegenskaber til identifikation af langtidssygemeldte med psykisk lidelse (uanset psykiatrisk diagnose) end andre skalaer i CMD-SQ.
- ▶ Ved screening af populationer skal der tages stilling til, om der ønskes høj eller lav sensitivitet af screeningsinstrumentet, idet høj sensitivitet ofte medfører lav specificitet og omvendt. Ved højere sensitivitet vil screeningsinstrumentet identificere flere langtidssygemeldte, der har en psykisk lidelse, og ved højere specificitet vil screeningsinstrumentet identificere flere langtidssygemeldte som ikke havende en psykisk lidelse af dem, som ikke har en psykisk lidelse. Høj sensitivitet medfører opdagelse af flere med psykiatrisk diagnose, men flere falsk positive, og høj specificitet medfører færre opdagede med psykiatrisk diagnose, men færre falsk positive.
- ▶ Testegenskaberne for SCL-8AD forbedres ved inddragelse af oplysninger om tilstedeværelse af psykiatrisk sygdomsdiagnose eller ej samt inddragelse af sociodemografiske variabler.
- ▶ Ved valg af middel og høj sensitivitet medfører inddragelse af oplysninger om sygdomsdiagnose (plus eller minus psykiatrisk sygdomsdiagnose) og oplysninger om skoleuddannelse (plus eller minus over almindelig folkeskoleuddannelse) en forbedring af testegenskaberne for SCL-8AD. Ved valg af lav sensitivitet medfører inddragelse af oplysninger om sygdomsdiagnose (plus eller minus psykiatrisk sygdomsdiagnose) og oplysninger om arbejdsforhold på sygdomsdiagnosetidspunktet (plus eller minus i arbejde) en forbedring af testegenskaberne for SCL-8AD.
- ▶ Selvom inddragelse af sociodemografiske variabler i screeningen forbedrer testresultaterne, har SCL-8AD ved det optimale skala-cut-point større betydning for identifikation af psykisk lidelse end sociodemografiske variabler.
- ▶ Sygemeldingsdiagnoser er karakteriseret ved, at de kun identificerer godt halvdelen af langtidssygemeldte med en psykiatrisk diagnose, hvorimod der i så godt som alle tilfælde vil være tale om en psykiatrisk diagnose, når der forefindes en psykiatrisk sygdomsdiagnose.
- ▶ Ved inddragelse af covariablerne køn, alder og oplysninger fra DREAM-registret om ledighed og modtagelse af øvrige overførselsindkomster i året forud for indeks-sygemeldingen findes det acceptabelt at ekstrapolere resultaterne fra screeningsgruppen til totalgruppen af langtidssygemeldte.

5. Hyppighed af psykisk lidelse og komorbiditet

Prævalensen af psykisk lidelse i befolkningen er høj, men varierende fra undersøgelse til undersøgelse, i de her refererede undersøgelser mellem 9,6% og 27% [1-3]. Dette gælder også undersøgelser af prævalensen af specifikke psykiatriske lidelser i de her refererede undersøgelser, som eksempelvis for depression, hvor prævalensen angives mellem 3,3% og 9% [1-4]. Forskellen i den estimerede prævalens kan bero på, at de populationer, der er undersøgt, ikke er helt ens samt forskellige diagnosekriterier med mere eller mindre restriktive definitioner af en psykisk lidelse.

Bestemmelse af hyppigheden af psykiske lidelser hos sygemeldte afhænger af tidspunktet i sygemeldingsperioden, hvorpå undersøgelsen foretages, da nogle lidelser gennemsnitligt medfører længere sygemelding end andre. Der er få undersøgelser, hovedsageligt norske, der har undersøgt hyppigheden af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte. Det kan hænge sammen med en obligatorisk registrering af sygemeldingsdiagnoser med kodning i ICPC-kodesystemet ved langtidssygemelding, som i Norge er defineret til over otte uger.

Hyppigheden af psykisk lidelse er ved debut af sygemeldinger fundet at variere mellem 6% og 14% [48, 64, 66, 72-74] og ved langtidssygemelding (over 8 uger) mellem 8% og 17% [75, 76, 129]. I litteraturgennemgangen i Kapitel 2 blev det dokumenteret, at psykiatrisk komorbiditet samt somatisk/psykiatrisk komorbiditet er hyppigt forekommende medførende lavere livskvalitet og længere sygemeldingsvarighed. Den psykiatriske sygelighed hos langtidssygemeldte er således tilsyneladende ud fra disse undersøgelser ikke hyppigere hos langtidssygemeldte end i befolkningen som helhed. Den anvendte metodologi i befolkningsundersøgelserne og i undersøgelserne af langtidssygemeldte er imidlertid meget forskellig, da befolkningsundersøgelserne har anvendt standardiserede diagnostiske instrumenter, og undersøgelserne af langtidssygemeldte har anvendt sygemeldingsdiagnoser. Som det blev vist i Kapitel 4, er sensitiviteten af sygemeldingsdiagnoser på kun godt 50%, hvorfor det må formodes, at hyppigheden af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte er betydeligt større end ovennævnte.

Formål

Med baggrund i ovennævnte er det specifikke formål med herværende undersøgelse for incidente langtidssygemeldte gennem ét år at undersøge hyppigheden af

- ▶ psykisk lidelse
- ▶ psykisk lidelse fordelt på sociodemografiske variabler
- ▶ psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet
- ▶ urapporteret/uopdaget psykisk lidelse.

Studiepopulation

Materialet for undersøgelsen består af de 1.121 langtidssygemeldte i screeningsgruppen og de 337 langtidssygemeldte, der fik foretaget den psykiatriske diagnostiske undersøgelse (se Kapitel 3).

Data

Der anvendes data i form af CMD-SQ, sociodemografiske variabler og oplysninger om tidligere kendskab til psykisk lidelse i arbejdsmarkedsafdelingerne i kommunerne samt oplysning om psykiatriske diagnoser i sygemeldingsdiagnoserne oplyst fra kommunerne via årsskemaet (se Kapitel 3).

Statistik og analyser

Metoden er baseret på en tofaset undersøgelsesmetode med vægtning, som er nærmere beskrevet i Kapitel 3 [243, 244]. SCL-8AD er valgt som screeningsinstrument, eftersom dette instrument i forrige Kapitel 4 ved Q-ROC-analyser fandtes at have de bedste testegenskaber over for identifikation af alle psykiatriske diagnoser.

Effekt målne er den procentuelle hyppighed af psykisk lidelse for 12-måneders incidensen af langtidssygemeldte over otte uger, eftersom undersøgelsen kun inkluderer nye tilfælde af langtidssygemeldte inden for ét år og kun medtager samme langtidssygemeldte én gang i løbet af undersøgelsen.

Ved analyser af psykiatriske diagnoser, hvor der er analyseret på hoveddiagnose, er diagnoserne organiseret i henhold til hierarkiet i ICD-10, således at jo lavere nummer, des højere forekommer diagnosen i hierarkiet. Der er foretaget en undtagelse fra dette hierarki ved, at misbrugsdiagnoser er sat lavest i hierarkiet [219].

5.1 Resultater

Den kumulerede incidensproportion af langtidssygemeldte udregnes først i Kapitel 6, da beregningen kræver et befolkningsunderlag at sætte antallet af nye tilfælde i forhold til, hvilket nødvendiggør visse aldersmæssige restriktioner i data, som vil blive omtalt i Kapitel 6. I herværende kapitel beskrives den psykiatriske diagnostiske fordeling af de incidente langtidssygemeldte, hvilket giver mulighed for, når den kumulerede incidensproportion er bestemt, at udregne den kumulerede incidensproportion for specifikke psykiatriske diagnostiske grupper.

Fordeling på diagnosegrupper for incidente langtidssygemeldte med psykisk lidelse

Tabel 5.1 viser incidente langtidssygemeldte i screeningsgruppen fordelt på diagnosegrupper af hoveddiagnoser i anden kolonne og den totale forekomst af diagnoser i tredje kolonne (en langtidssygemeldt er regnet med, hvis diagnosen forekommer, uanset om den er komorbid med en hoveddiagnose eller bidiagnose). I anden kolonne ses, at hyppigheden af psykisk lidelse i screeningsgruppen er 48,2%. Den største diagnosegruppe er depressioner med 34,8%, den næststørste angst med 6,2% efterfulgt af somatoform lidelse med 2,4%. Depressionsdiagnoserne og angstdiagnoserne er opsplittet på mindre diagnosegrupper, hvis hyppighed fremgår af tabellen. Det skal dog bemærkes, at moderat/svær depression forekommer for 25,1%. Endvidere forekommer diagnoser som organisk psykiatrisk lidelse, misbrug, psykose, spiseforstyrrelse, personlighedsforstyrrelse og ADHD med små hyppigheder.

I tredje kolonne ses samme hyppighed af psykisk lidelse totalt på 48,2%. Depression er også her den højeste specifikke diagnosegruppe med 35,3%, meget lig hyppigheden på 34,8% som for hoveddiagnoser. Dernæst kommer angst med 14,7% efterfulgt af somatoform lidelse med 7,4%, personlighedsforstyrrelse med 5,3%, og misbrug med 3,8%. Man bemærker sig, at diagnosegrupperne, bortset fra depression, forekommer betydeligt hyppigere i denne analyse, baseret på alle psykiatriske diagnoser, sammenlignet med analysen af psykiatriske hoveddiagnoser. Dette antyder, at der er en betydelig psykiatrisk komorbiditet i forhold til depression.

Tabel 5.2 viser i anden kolonne incidente langtidssygemeldte fordelt på diagnosegrupper, defineret som i tredje kolonne i Tabel 5.1 for langtidssygemeldte, men kun for langtidssygemeldte, hvor der fra kommunen er indhentet oplysninger om sygemeldingsdiagnoser fra en læge, og hvor der i syge-

Tabel 5.1 Fordeling på psykiatriske diagnosegrupper af langtidssygemeldte i screeningsgruppen med 95%-sikkerhedsgrænser, vægtet logistisk regression, angivet i %

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Psykiatriske hoveddiagnoser	Alle psykiatriske diagnoser
Ingen psykiatrisk diagnose	51,8 (46,0-57,5)	51,8 (46,0-57,5)
Alle psykiatriske diagnoser	48,2 (42,5-54,0)	48,2 (42,5-54,0)
Organisk psykiatrisk lidelse: F0	1,3 (0,5-3,2)*	1,3 (0,5-3,2)*
Misbrug: F1	0,4 (0,1-1,6)*	3,8 (2,3-6,1)
Psykose: F2	1,1 (0,4-2,9)*	1,1 (0,4-2,9)*
Bipolar lidelse incl. cyclothymi: F30, F31, F34.0	1,2 (0,5-3,0)*	1,2 (0,5-3,0)*
Alle depressioner: F31.3-5, F32, F33, F34.1	34,8 (29,7-40,2)	35,3 (30,2-40,7)
Depression incl. dysthymi: F32, F33, F34.1	34,0 (29,0-39,3)	34,5 (29,4-39,9)
Depression, moderat og svær: F32.1-3, F33.1-3	25,1 (20,8-29,9)	25,6 (21,2-30,4)
Angst, alle: F40-F43	6,2 (4,1-9,5)	14,7 (11,4-18,8)
Angstlidelser: F40, F41	1,9 (0,8-4,7)*	9,6 (6,9-13,2)
Angstlidelser: F40.0-F40.1	1,0 (0,4-2,5)*	5,5 (3,6-8,2)
Angstlidelser: F41.0-F41.1	1,0 (0,2-4,4)*	5,2 (3,3-8,3)
OCD: F42	0,2 (0,0-1,6)*	1,2 (0,5-2,9)*
Tilpasningsforstyrrelser: F43	4,1 (2,5-6,6)	5,4 (3,3-8,5)
Somatoform lidelse: F44, F45, F48	2,4 (1,2-4,6)*	7,4 (5,1-10,6)
Spiseforstyrrelse: F5	0,6 (0,2-2,5)*	1,5 (0,6-3,7)*
Personlighedsforstyrrelse: F6	0,8 (0,2-2,4)*	5,3 (3,5-8,1)
ADHD: F9	0,2 (0,0-1,4)*	0,5 (0,1-1,8)*

*) Under 10 cases

meldingsdiagnoserne ikke er oplyst om nogen psykiatrisk sygdomsdiagnose. Analysen omfatter kun langtidssygemeldte, hvor der er afgivet en sygdomsdiagnose af en læge. Det drejer sig i Fase 2 om 221 langtidssygemeldte, der har gennemgået den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. Der er analyseret på de 221 og vægtet op til 784, for hvem der i screeningsgruppen ikke var afgivet nogen psykiatrisk sygdomsdiagnose. Den tredje kolonne omfatter i sit udgangspunkt 855 langtidssygemeldte, hvor der i årsskemaet er indhentet oplysninger fra kommunen et år efter udsendelse af Spørgeskema-1 angående eventuelt kendskab til psykisk lidelse i kommunen for den langtidssygemeldte. Ud af denne

gruppe er udtaget den del, hvor man i kommunen ikke har kendskab til nogen psykiatrisk diagnose hos den langtidssygemeldte, dels ud fra tidligere kendskab til den langtidssygemeldte og dels indhentet gennem sygdomsdiagnosen i forbindelse med indeks-sygemeldingen. Det drejer sig om 578 langtidssygemeldte i Fase 1 og 219 i Fase 2. I anden kolonne ses for alle psykiatriske diagnoser en hyppighed på 30,3%, dvs. hyppigheden af psykiatrisk diagnose, hvor der ikke fremgår nogen psykiatrisk diagnose af sygdomsdiagnosen. Her er depression også den største diagnosegruppe med 20,2%. Det bemærkes, at diagnosegruppen moderat/svær depression har en hyppighed på 11,3%. Den næststørste gruppe er somato

Tabel 5.2 Fordeling på psykiatriske diagnosegrupper af langtidssygemeldte uden psykiatrisk sygdomsdiagnose og langtidssygemeldte, hvor kommunen ikke havde kendskab til psykisk lidelse, med 95%-sikkerhedsgrænser, vægtet logistisk regression, angivet i %

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Uden psykiatrisk sygdomsdiagnose	Kommunen uden kendskab til psykisk lidelse
	Alle psykiatriske diagnoser	Alle psykiatriske diagnoser
Ingen psykiatrisk diagnose	69,7 (63,1-75,6)	67,8 (61,3-73,8)
Alle psykiatriske diagnoser	30,3 (24,4-36,9)	32,2 (26,2-38,7)
Organisk psykiatrisk lidelse: F0	0,4 (0,1-2,9)*	1,0 (0,2-3,9)
Misbrug: F1	1,4 (0,5-3,8)*	2,3 (0,9-5,4)
Psykose: F2	-	-
Bipolar lidelse incl. cyclothymi: F30, F31, F34.0	-	-
Alle depressioner: F31.3-5, F32, F33, F34.1	20,2 (15,4-26,0)	20,9 (16,0-26,8)
Depression incl. dysthymi: F32, F33, F34.1	20,2 (15,4-26,0)	20,9 (16,0-26,8)
Depression, moderat og svær: F32.1-3, F33.1-3	11,3 (7,8-16,0)	11,5 (7,9-16,5)
Angst, alle: F40-F43	6,2 (3,6-10,5)	6,9 (4,2-11,0)
Angstlidelser: F40, F41	3,3 (1,5-7,2)*	3,6 (1,8-7,1)
Angstlidelser: F40.0-F40.1	1,6 (0,6-4,3)*	1,8 (0,7-4,8)
Angstlidelser: F41.0-F41.1	2,5 (1,0-6,4)*	2,6 (1,2-5,8)
OCD: F42	0,3 (0,0-2,1)*	0,4 (0,1-2,6)
Tilpasningsforstyrrelser: F43	3,6 (1,7-7,5)*	3,5 (1,7-6,9)
Somatoform lidelse: F44, F45, F48	9,4 (6,3-13,9)	8,3 (5,3-12,8)
Spiseforstyrrelse: F5	1,8 (0,7-4,9)*	2,0 (0,7-5,2)
Personlighedsforstyrrelse: F6	2,6 (1,1-5,7)*	2,6 (1,0-6,2)
ADHD: F9	0,3 (0,0-1,9)*	-

*) Under 10 cases

Tabel 5.3 Fordeling på sociodemografiske variabler af langtidssygemeldte med angivelse af hyppighed af alle psykiatriske lidelser med 95%-sikkerhedsgrænser, vægtet logistisk regression, angivet i %

Sociodemografisk variabel	Alle psykiatriske diagnosegrupper
Køn	
Mænd	35,9 (27,9-44,6)
Kvinder	57,4 (49,7-64,7)
Alder	
50 år +	42,7 (33,8-52,0)
Under 50 år	51,6 (44,2-59,0)
By/land	
By	50,6 (42,8-58,3)
Land	45,3 (36,8-54,0)
Samlivsforhold	
Samboende	45,7 (39,4-52,1)
Ikke samboende	61,3 (47,2-73,7)
Hjemmeboende børn	
Børn	44,6 (36,7-52,8)
Ikke børn	52,1 (43,8-60,2)
Skoleuddannelse	
Alene folkeskole	42,2 (35,4-49,3)
Over folkeskole	59,3 (48,2-69,5)
Erhvervsuddannelse	
Ufaglært	58,6 (47,0-69,2)
Faglært	37,1 (29,6-45,2)
Videregående kort	62,3 (49,5-73,6)
Videregående lang	65,0 (23,3-91,9)
Anden*	45,3 (12,3-83,0)
Arbejdsforhold	
Fuldtid	41,2 (34,7-48,1)
Deltid	56,4 (41,4-70,4)
Ikke i arbejde	77,6 (63,4-87,4)
Beskæftigelse	
Selvstændig/medhjælpende	35,9 (19,1-57,1)
Funktionær/tjenestemand	52,8 (43,3-62,1)
Faglært	12,9 (4,6-31,3)
Ufaglært	42,6 (31,8-54,0)
Fleksjob	36,4 (13,3-68,2)
Arbejdsløs	76,7 (62,2-86,9)
Anden	72,5 (38,3-91,8)

*) Under 10 cases

form lidelse med en hyppighed på 9,4% efterfulgt af angst med 6,2%. Når somatoform lidelse er hyppigere end angst i denne sammenhæng sammenlignet med fordelingen i Tabel 5.1, antyder det, at somatoform lidelse relativt hyppigere forekommer som uopdaget/urapporteret psykisk lidelse end angst i sygemeldingsdiagnoserne. I tredje kolonne findes en total hyppighed af en psykiatrisk diagnose på 32,2%. Den største diagnosegruppe er her som i tidligere analyser depression med 20,9%. Somatoform lidelse forekommer også her hyppigere med 8,3% end angst med 6,9%.

Tabel 5.3 viser en fordeling af hyppigheden af alle psykiatriske diagnoser for incidente langtidssygemeldte i screeningsgruppen fordelt på sociodemografiske variabler. Det ses, at hyppigheden af en psykiatrisk diagnose hos kvinder er 57,4% sammenlignet med 35,9% hos mænd. For aldersgruppen under 50 år er der en lidt større hyppighed på 51,6% sammenlignet med 42,7% for langtidssygemeldte på 50 år og derover. Langtidssygemeldte i bykommunen Herning har større hyppighed end langtidssygemeldte, der bor i mindre kommuner. Langtidssygemeldte, der bor sammen med partner, har en lavere hyppighed på 45,7% end langtidssygemeldte, der ikke er samboende med en partner med 61,3%. Der er endvidere en lidt større hyppighed hos langtidssygemeldte, der ikke har hjemmeboende børn, sammenlignet med langtidssygemeldte, der har. Med hensyn til skoleuddannelse er der en betydeligt lavere hyppighed hos langtidssygemeldte, der alene har en skoleuddannelse svarende til folkeskole, med 42,2% sammenlignet med 59,3% for langtidssygemeldte, der har mere end en folkeskoleuddannelse. Med hensyn til erhvervsuddannelse er det langtidssygemeldte, der har over fire års videregående teoretisk uddannelse, der har den største hyppighed med 65,0%. Langtidssygemeldte med en teoretisk videregående uddannelse på fire år og derunder og ufaglærte ligger tæt derpå, hvorimod langtidssygemeldte, der har en uddannelse som faglært, ligger betydeligt under med 37,1%. I en detailanalyse, hvor resultaterne ikke er præsenteret i tabelform, findes for kombinationen af skoleuddannelse og erhvervsuddannelse to grupper, som skiller sig særligt ud. Den ene er langtidssygemeldte, som alene har en skoleuddannelse efterfulgt af en faglært uddannelse, med en lav hyppighed på 32,8%, og langtidssygemeldte, som har en skoleuddannelse, der er længere end folkeskole, men som ikke har nogen efterfølgende erhvervsuddannelse, med en høj hyppighed på 89,4%. For arbejdsforhold ses der også betydelige forskelle med en stor hyppighed på 77,6% for langtidssygemeldte, der ikke var i arbejde på tidspunktet for indeks-sygemeldingen, og en lavere hyppighed hos langtidssygemeldte, der var i fuldtidsarbejde med 41,2%. Hyppigheden ved deltidsbeskæftigelse ligger derimellem. Variablen beskæftigelse viser betydelige forskelle. Hvis man går på sygemelding fra en beskæftigelse som faglært, er der en lav hyppighed på 12,9%, hvorimod der er en stor hyppighed, hvis man går på sygemelding fra arbejdsløshed med 76,7%. Arbejdsløshed i denne variabel varierer lidt fra "ikke i arbejde" under arbejdsforhold, hvilket skyldes forskellig

formulering af spørgsmålene (se Kapitel 3). Faglært beskæftigelse sammenholdt med faglært uddannelse samt ufaglært uddannelse sammenholdt med ufaglært beskæftigelse viser store forskelle i hyppighed af psykiatriske diagnoser, hvilket indikerer en stor forskel mellem graden af uddannelse og den faktuelle beskæftigelse for visse grupper af langtidssygemeldte.

Manglende oplysninger om psykiatrisk diagnose i sygemeldingsdiagnoserne

Hyppigheden af uopdaget psykiatrisk diagnose i screeningsgruppen er bestemt ved en vægtet logistisk regression udregnet ved at definere uopdaget som en langtidssygemeldt, der ved den diagnostiske undersøgelse fik en psykiatrisk diagnose, og som ikke havde nogen psykiatrisk sygemeldingsdiagnose. Dette giver en hyppighed af en uopdaget psykiatrisk diagnose på 22,3% (17,8% - 27,3%), for sygemeldingsdiagnoser afgivet af en læge, og hvis en sådan ikke er afgivet, diagnosen afgivet af borgeren. For sygemeldingsdiagnoser, som kun er afgivet af læger findes samme hyppighed. For sygemeldingsdiagnoser udelukkende afgivet af borgeren er hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse 22,8% (18,4% - 27,8%).

Procentdelen af uopdaget psykisk lidelse varierer med hensyn til diagnosen stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse. For alle med diagnosen somatoform lidelse forekommer ingen psykiatrisk diagnose i sygemeldingsdiagnosen, hvad

enten den somatoforme lidelse er komorbid med depression eller ej. Herefter forekommer hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse for specifikke diagnosegrupper angivet med faldende hyppighed, 75,4% for let depression uden psykiatrisk komorbiditet, 57,8% for anden psykisk lidelse uden psykiatrisk komorbiditet (anden = depression, angst og somatoform lidelse), 44,3% for angst uden psykiatrisk komorbiditet, 29,0% for moderat/svær depression uden psykiatrisk komorbiditet, 26,8% for andre psykiske lidelser med psykiatrisk komorbiditet og 22,8% for psykiatrisk komorbiditet mellem depression og angst.

Psykiatrisk komorbiditet

Den totale hyppighed af psykiatrisk komorbiditet i populationen er 20,0% (16,2% - 24,6%). Tabel 5.4 beskriver forekomsten af psykiatrisk komorbiditet fordelt på diagnosegrupper. Tabellen kan være vanskelig at læse, idet de samme diagnosegrupper forekommer både i den vandrette række og den lodrette kolonne. Udgangspunktet er diagnoserne i den lodrette kolonne, i forhold til hvilke procentsatserne angiver hyppighed af diagnosegrupperne i den vandrette række. For langtidssygemeldte med misbrug ses, at 51,1% af disse også lider af en depression, 49,6% af en angstdiagnose, 13,0% af en somatoform lidelse og 20,1% af en anden psykiatrisk diagnose, en betydelig grad af komorbiditet. Resten af tabellen skal ikke gennemgås i detaljer, det overlades til læseren, men det skal bemærkes,

Tabel 5.4 Fordeling af langtidssygemeldte på psykiatrisk komorbiditet med 95%-sikkerhedsgrenser, vægtet logistisk regression

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	% med komorbid diagnose af diagnose i venstre kolonne					
	Misbrug	Depression	Angst	Somatoform lidelse	Personlighedsforstyrrelse	Anden psykiatrisk diagnose
Misbrug	-	51,1* (27,4-74,4)	49,6* (26,2-73,2)	13,0* (3,1-41,0)	0	20,1* (6,4-48,0)
Depression	5,5* (2,7-10,7)	-	23,4 (17,1-31,2)	12,9 (8,2-19,7)	12,3 (7,7-18,9)	9,0* (1,5-8,2)
Angst	12,7* (6,4-23,8)	56,2 (42,6-68,9)	-	9,3* (3,8-21,2)	11,7* (5,6-22,8)	4,5* (1,1-17,1)
Somatoform lidelse	6,7* (1,6-23,8)	62,0 (42,1-78,6)	18,7* (7,7-38,8)	-	14,5* (5,4-33,4)	5,7* (0,8-31,4)
Personlighedsforstyrrelse	0	81,4 (58,5-93,2)	32,2* (15,8-54,9)	20,1* (7,6-43,6)	-	0
Anden psykiatrisk diagnose	17,3* (5,4-43,6)	28,3* (11,6-54,2)	15,2* (3,6-46,4)	9,5* (1,3-46,0)	0	-

*) Under 10 cases

Table 5.5 Fordeling af langtidssygemeldte med somatiske sygdomsdiagnoser, specificitetsgrad af somatisk diagnose og komorbiditet med psykiatriske diagnoser, vægtet logistisk regression, angivet i %

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Somatisk diagnose, ICPC		
	Både specifik og symptom	Specifik	Kun symptom
Alle psykiatriske diagnoser	Andel af screeningsgruppen	15,8 (12,2-20,1)	9,6 (6,9-13,2)
	Andel af specifik gruppe	28,7 (22,3-36,1)	43,8 (32,2-44,0)
Depression	Andel af screeningsgruppen	10,8 (7,9-14,7)	6,4 (4,4-9,4)
	Andel af specifik gruppe	19,7 (14,4-26,4)	29,4 (20,1-40,7)
Angst	Andel af screeningsgruppen	4,2 (2,6-6,8)	2,1 (0,9-4,9)*
	Andel af specifik gruppe	7,7 (4,7-12,2)	9,6 (4,2-20,8)
Somaform lidelse	Andel af screeningsgruppen	2,3 (1,1-4,6)*	4,6 (2,9-7,2)
	Andel af specifik gruppe	4,2 (2,0-8,4)	20,9 (13,2-31,5)

*) Under 10 cases

Table 5.6 Fordeling af langtidssygemeldte med somatiske sygdomsdiagnoser, patologidiagnoser og komorbiditet med psykiatriske diagnoser, vægtet logistisk regression, angivet i %

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Patologidiagnose, ICPC					Medfødt misdann./anden specifik medicinsk lidelse
	Somatisk symptom	Infektions- sygdom	Neoplasme	Skade		
Alle psykiatriske diagnoser	Andel af screeningsgruppen	10,4 (7,6-14,1)	-	2,0 (0,9-4,1)*	2,5 (1,3-4,6)	12,0 (8,9-16,0)
	Andel af specifik gruppe	43,9 (32,8-55,6)	-	29,7 (13,9-52,5)	21,3 (11,0-37,2)	33,3 (24,9-42,9)
Depression	Andel af screeningsgruppen	7,0 (4,8-10,1)	-	1,5 (0,6-3,7)*	1,5 (0,7-3,3)*	8,3 (5,8-11,8)
	Andel af specifik gruppe	29,7 (20,7-40,6)	-	23,3 (9,6-46,5)	12,7 (5,4-26,8)	22,9 (16,0-31,8)
Angst	Andel af screeningsgruppen	2,3 (1,1-5,1)*	-	1,0 (0,4-2,7)*	0,7 (0,2-2,1)*	2,8 (1,5-5,0)
	Andel af specifik gruppe	9,8 (4,5-20,1)	-	15,2 (5,4-35,9)	5,8 (1,8-17,4)	7,6 (4,1-13,6)
Somaform lidelse	Andel af screeningsgruppen	4,9 (3,1-7,6)	-	0,3 (0,0-1,9)*	-	2,0 (0,9-4,3)*
	Andel af specifik gruppe	20,5 (13,2-30,6)	-	4,2 (0,5-25,5)	-	5,6 (2,6-11,7)

*) Under 10 cases

Tabel 5.7 Fordeling af langtidssygemeldte med psykiatriske diagnoser fordelt på hyppighed af somatisk komorbiditet, vægtet logistisk regression, angivet i %

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Somatisk diagnose, ICPC		
	Både specifik og symptom	Specifik	Kun symptom
Alle psykiatriske diagnoser	52,6 (45,2-59,9)	32,7 (26,1-40,1)	19,9 (14,5-26,6)
Depression, alle	48,9 (40,4-57,4)	30,6 (23,2-39,3)	18,3 (12,6-25,7)
Depression, moderat og svær	38,2 (29,2-48,1)	24,8 (17,2-34,4)	13,4 (8,2-21,2)
Angst	43,0 (30,3-56,7)	28,6 (18,3-41,9)	14,4 (6,4-29,3)
Somatoform lidelse	93,4 (76,6-98,4)	31,1 (16,1-51,7)	62,3 (42,4-78,7)

at for diagnosegrupperne misbrug, angst, somatoform lidelse, personlighedsforstyrrelse og anden psykisk lidelse forekommer hyppigt en komorbid depression, hvorimod depression sjældnere har en komorbid lidelse.

Psykiatrisk komorbiditet ved somatiske lidelser

Tabel 5.5 omhandler samtlige langtidssygemeldte i screeningsgruppen, men udgangspunktet er langtidssygemeldte med somatiske sygdomsdiagnoser (ICPC-diagnoser), hvor der under somatiske diagnoser er skelnet mellem specificitet af sygdomsdiagnosen i form af "både specifik og symptom", som omfatter alle somatiske diagnoser, "specifik", som omfatter alle med en specifik somatisk diagnose, og "kun symptom", som omfatter alle, der kun har en eller flere symptomdiagnoser i sygdomsdiagnosen. Materialet er endvidere fordelt på psykiatriske diagnosegrupper af diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. "Andel af screeningsgruppen" henviser til procentdelen af den givne komorbiditet i screeningsgruppen og "andel af specifik gruppe" henviser til procentdelen med en psykiatrisk diagnose ved tilstedeværelsen af en somatisk diagnose af henholdsvis "både specifik og symptom", "specifik" og "kun symptom".

Først analyseres hyppighederne i screeningsgruppen, hvor det ses, at af alle i screeningsgruppen er hyppigheden af somatisk/psykiatrisk komorbiditet 25,4%, 17,3% somatisk/depression, 6,3% somatisk/angst og 6,9% somatisk/somatoform lidelse. For komorbiditet med en "specifik" somatisk sygdomsdiagnose er de tilsvarende hyppigheder henholdsvis 15,8%, 10,8%, 4,2% og 2,3% og for langtidssygemeldte med "kun symptom" sygdomsdiagnose henholdsvis 9,6%, 6,4%, 2,1% og 4,6%.

Dernæst analyser af de specifikke somatiske grupper. For langtidssygemeldte, der har en somatisk sygdomsdiagnose ("både specifik og symptom") er den totale hyppighed af somatisk/psykiatrisk komorbiditet 33,0%, 22,5% somatisk/de-

pression, 8,2% somatisk/angst og 9,0% somatisk/somatoform lidelse. De tilsvarende hyppigheder for langtidssygemeldte, der har en "specifik" somatisk sygdomsdiagnose, er 28,7%, 19,7%, 7,7% og 4,2% og for langtidssygemeldte, der har en "kun symptom" sygdomsdiagnose, henholdsvis 43,8%, 29,4%, 9,6% og 20,9%. Sammenfattende betyder det, at der i screeningsgruppen er en hyppigere komorbiditet mellem psykiske lidelser totalt samt for de specifikke psykiatriske diagnosegrupper depression og angst med specifik somatisk lidelse end med "kun symptom" sygdomsdiagnose. Forholdet er modsat for somatoform lidelse. Ser man derimod på hyppigheden af psykiatriske diagnoser i forhold til de specifikke somatiske diagnostiske grupper, er hyppigheden af komorbiditet med psykiatriske diagnoser betydeligt større for "kun symptom" somatisk sygdomsdiagnose end for "specifik" somatisk sygdomsdiagnose.

Tabel 5.6 omhandler som Tabel 5.5 langtidssygemeldte i screeningsgruppen med udgangspunkt i somatiske sygdomsdiagnoser, men i stedet for opdeling efter specificitet, er der opdelt efter patologidiagnoser. Det skal bemærkes, at undergruppen "somatisk symptom" adskiller sig fra "kun symptom" i Tabel 5.5 ved, at gruppen indeholder langtidssygemeldte med somatisk symptomdiagnose, og uden at specifikke somatiske diagnoser er udelukket fra gruppen. Derved bliver hyppigheden i screeningsgruppen lidt større med 10,4% end i Tabel 5.5 med 9,6%.

Analysen af denne tabel vil også begynde med analysen af diagnosehyppighederne i screeningsgruppen, men mere summarisk end for Tabel 5.5. Den hyppigste form for komorbiditet i screeningsgruppen er komorbiditeten "medfødt misdannelse eller anden specifik medicinsk lidelse/psykiatrisk diagnose" efterfulgt af komorbiditeten "somatisk symptom/psykiatrisk diagnose". For de specifikke psykiatriske diagnoser er rækkefølgen den samme for depression og angst, men modsat for somatoform lidelse. De somatiske lidelser infektion, neoplas-

Tabel 5.8 Diagnosehyppighed i screeningsgruppen ved vægtning med SCL-8AD og med inddragelse af køn, alder, bopælskommune og DREAM-variabler (overførselsindkomst året før) samt ekstrapolering af diagnosehyppigheden til totalgruppen, vægtet logistisk regression, angivet i %

	Vægtning alene med SCL-8AD for screeningsgruppen	Vægtning med SCL-8AD plus køn, alder og DREAM-variabler for screeningsgruppen	Vægtning med SCL-8AD plus køn, alder og DREAM-variabler for totalgruppen
Psykiatrisk diagnose, ICD-10	N = 1.121	N = 1.121	N = 2.414
Alle diagnoser	48,2 (42,5-54,0)	46,2 (39,8-52,8)	45,2 (38,6-52,1)
Depression	35,3 (30,3-40,7)	33,9 (28,4-39,9)	33,0 (27,3-39,2)
Angst	14,7 (11,4-18,8)	12,9 (9,8-20,3)	12,6 (9,5-16,6)
Somatoform lidelse	7,4 (5,1-10,6)	6,6 (4,4-9,8)	6,7 (4,4-10,1)
Misbrug	3,8 (2,3-6,1)	3,6 (2,1-6,0)	3,5 (2,1-5,9)

mer og skader er relativt sjældne i screeningsgruppen, hvorfor hyppigheden af komorbiditet med disse lidelser er relativt sjældent forekommende i screeningsgruppen.

Dernæst analysen af psykiatrisk komorbiditet for de specifikke somatiske grupper i summarisk form. Sygemeldingsdiagnosen "somatisk symptom" har den hyppigste komorbiditet med psykisk lidelse totalt med 43,9% og dernæst "medfødt misdannelse eller anden specifik medicinsk lidelse" med 33,3%. Samme rækkefølge gør sig gældende for depression og somatoform lidelse. Langtidssygemeldte med neoplasme (svulst) adskiller sig med en relativt stor hyppighed af angst på 15,2%.

Somatisk komorbiditet ved psykiatriske lidelser

Tabel 5.7 omfatter alle i screeningsgruppen, men udgangspunktet er det omvendte af udgangspunktet i Tabel 5.5 og Tabel 5.6, idet den omhandler den somatiske komorbiditet for de langtidssygemeldte, der har fået en psykiatrisk diagnose, som er stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse. Hyppigheden af komorbiditet i screeningsgruppen er udeladt af denne tabel, idet den er den samme, som fremgår af Tabel 5.5. Tabellen angiver hyppigheden af somatisk sygemeldingsdiagnose for alle med en psykiatrisk diagnose, en depressionsdiagnose, en angstdiagnose og en somatoform lidelse. For alle med en psykiatrisk diagnose forekommer somatisk komorbiditet for 52,6%, 32,7% i form af specifik somatisk lidelse og 19,9% i form af "kun somatisk symptomdiagnose". For depression (alle grupper) forekommer en somatisk komorbiditet hos 48,9%, 30,6% for "specifik somatisk diagnose" og 18,3% for "kun somatisk symptomdiagnose". Trenden er den samme for moderat/svær depression og angst, størst komorbiditet med "specifik somatisk diagnose" og mindre med "kun specifik somatisk symptomdiagnose". For somatoform lidelse

er trenden modsat med den største komorbiditet i forhold til "kun somatisk symptomdiagnose" med 62,3%.

Hyppigheden af somatisk/psykiatrisk komorbiditet varierer i forhold til den psykiatriske diagnose, som er stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse, nævnt i faldende rækkefølge af hyppighed i forhold til den specifikke psykiatriske diagnose: Alle med diagnosen somatoform lidelse, hvad enten denne er komorbid med depression eller ej, har en somatisk sygemeldingsdiagnose, herefter 75,4% for let depression uden psykiatrisk komorbiditet, 57,8% for anden psykisk lidelse uden psykiatrisk komorbiditet (anden = depression, angst og somatoform lidelse), 53,0% for angst uden psykiatrisk komorbiditet, 40,1% for moderat til svær depression uden psykiatrisk komorbiditet, 38,9% for andre psykiske lidelser med psykiatrisk komorbiditet og 22,8% for komorbiditet mellem depression og angst.

Hyppighed af psykisk lidelse i totalgruppen af langtidssygemeldte

I Kapitel 4 blev der i Tabel 4.9 foretaget en Q-ROC-analyse vedrørende ekstrapolering af resultaterne fra screeningsgruppen (1.121 langtidssygemeldte) til totalgruppen (2.414 langtidssygemeldte) ved anvendelse af covariabler med oplysninger om køn, alder, bopælskommune og DREAM-variabler (overførselsindkomster), som er tilgængelige for samtlige 2.414 langtidssygemeldte. Ekstrapoleringen har visse forudsætninger, som er omtalt i Kapitel 3. Q-ROC-analyserne viste solide κ -værdier (kappa-værdier) og en lille forskel imellem κ -værdien for screeningsgruppen og totalgruppen. I forlængelse af dette er der her i Tabel 5.8 foretaget en ekstrapolering af resultaterne under de samme forudsætninger. Først er diagnosehyppighederne vist for flere diagnosegrupper ved anvendelse af

SCL-8AD som vægtningssskala i forhold til screeningsgruppen og derefter diagnosehyppigheder ved inddragelse af covariablerne køn, alder og DREAM-variabler, først i forhold til screeningsgruppen for at analysere effekten af denne vægtning og derefter en ekstrapolering til totalgruppen. Ved inddragelse af covariabler i vægten i forhold til screeningsgruppen fås generelt en lidt mindre diagnosehyppighed for alle psykiatriske diagnoser på 46,2% sammenlignet med 48,2% ved analyser uden inddragelse af covariabler i vægten. Ved ekstrapolering til totalgruppen ses yderligere en lidt mindre diagnosehyppighed totalt set på 45,2% i totalgruppen, hvilket svarer til 44,3% i Bortfald-1. Der er således minimal forskel i diagnosehyppighed mellem screeningsgruppen og totalgruppen. Q-ROC-analyserne viste, at vægtning med SCL-8AD uden inddragelse af covariabler havde lidt bedre testegenskaber end ved inddragelse af covariabler, hvorfor bestemmelse af diagnosehyppighed med SCL-8AD uden inddragelse af covariabler er mere korrekt end ved inddragelse af covariabler. Diagnosehyppigheden i totalgruppen vurderes derfor at være lidt større end de estimerede 46,2%, men under 48,2%.

5.2 Sammenfatning

- ▶ For incidente langtidssygemeldte gennem ét år er hyppigheden af psykisk lidelse 48,2%.
- ▶ Den hyppigste specifikke gruppe er depression med en hyppighed på 35,3% fulgt af angst med 14,7%, somatoform lidelse med 7,4% og misbrug med 3,8% af screeningsgruppen.
- ▶ Hyppigheden af manglende oplysninger om psykisk lidelse i sygemeldingsdiagnoserne, hvad enten det skyldes manglende rapportering om kendt psykisk lidelse eller uopdaget psykisk lidelse, er på 22,3% af screeningsgruppen, svarende til 46,3% af langtidssygemeldte med en psykiatrisk diagnose.
- ▶ For langtidssygemeldte, der ikke har en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose, samt langtidssygemeldte, hvor man ikke har kendskab til psykisk lidelse i kommunernes arbejdsmarkedsafdeling, er hyppigheden af psykisk lidelse omkring 30%. Det skal bemærkes, at for langtidssygemeldte, hvor man i kommunen ikke har kendskab til nogen psykiatrisk diagnose, er resultaterne fremkommet ved analyser af et selekteret udvalg af langtidssygemeldte, for hvem der blev indhentet oplysninger fra kommunen angående sygemeldingsdiagnose et år efter udsendelse af Spørgeskema-1. Denne gruppe består hovedsageligt af langtidssygemeldte, der opfylder kriterierne for deltagelse i den randomiserede kontrollerede undersøgelse samt nogle få langtidssygemeldte, der ikke opfyldte disse kriterier, men som blev udtaget til deltagelse i den psykiatriske diagnostiske undersøgelse.
- ▶ Der er betydelig forskel i hyppighed af psykisk lidelse afhængig af sociodemografiske variabler. Følgende grupper markerer sig med øget hyppighed: Kvinder, ikke samboende, skoleuddannelse over folkeskole, ufaglært, korte og lange videregående uddannelser, deltid og arbejdsløshed. Langtidssygemeldte med faglært uddannelse og faglært beskæftigelse karakteriseres ved en meget lav hyppighed af en psykiatrisk diagnose.
- ▶ Den psykiatriske komorbiditet har i screeningsgruppen en hyppighed på 20,0%. Alle psykiatriske diagnosegrupper har en relativt stor hyppighed af samtidig depression. Langtidssygemeldte med misbrug har en stor hyppighed af komorbiditet med andre psykiatriske diagnoser.
- ▶ Den somatisk/psykiatriske komorbiditet har i screeningsgruppen en hyppighed på 25,4%. Langtidssygemeldte, der af somatiske diagnoser kun har en somatisk symptomdiagnose, har øget komorbiditet med psykiatriske diagnoser (undtagen angst) i forhold til langtidssygemeldte, der har en specifik somatisk lidelse. Derimod har langtidssygemeldte, der har en psykiatrisk diagnose, en lavere komorbiditet med "kun somatisk symptomdiagnose" sammenlignet med langtidssygemeldte, der har en specifik somatisk diagnose. Dette gælder for de specifikke psykiatriske diagnosegrupper depression og angst, men ikke for somatoform lidelse, hvor der totalt set findes en somatisk komorbiditet på 93,4% og en komorbiditet med "kun somatisk symptomdiagnose" på 62,3%.
- ▶ Resultaterne fra screeningsgruppen kan ekstrapoleres til alle langtidssygemeldte (inklusive langtidssygemeldte, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen). Analysen er foretaget under visse forudsætninger, som fremgår af Kapitel 3. Hyppigheden af psykisk lidelse i totalgruppen estimeres til at være ca. 2%-point lavere end i screeningsgruppen.

6. Sociodemografiske forhold

Langtidssygemeldte står til rådighed for arbejdsmarkedet, bortset fra den midlertidige afbrydelse af rådigheden, som en sygemelding betyder. Dette gør det relevant at undersøge incidensraten af langtidssygemelding i forhold til arbejdsstyrken, og specielt med henblik på, at kendskab til den totale rate for langtidssygemelding muliggør udregning af raterne af langtidssygemelding for specifikke psykiatriske diagnosegrupper ved at multiplicere raten med hyppigheden af specifikke psykiatriske diagnostiske grupper, som analyseret i Kapitel 5. Dette er ikke gjort i herværende kapitel, men kan umiddelbart gøres af læseren, der måtte være interesseret i dette. Endvidere er formålet med herværende kapitel at sammenholde gruppen af langtidssygemeldte (screeningsgruppen) med arbejdsstyrken og totalbefolkningen på sociodemografiske variabler og variabler vedrørende overførselsindkomst i året forud for indeks-sygemeldingen og endelig at analysere selektionsprocessen af langtidssygemeldte fra screeningsgruppen til deltagelse i den randomiserede kontrollerede undersøgelse (RCT-gruppen).

Formål

De specifikke mål for herværende kapitel er at

- ▶ bestemme incidensraten for langtidssygemelding
- ▶ sammenligne sociodemografiske data og data vedrørende overførselsindkomster året forud for indeks-sygemeldingen for populationen af langtidssygemeldte med baggrundsbefolkningen og arbejdsstyrken
- ▶ sammenligne to delpopulationer i herværende undersøgelse, screeningsgruppen og RCT-gruppen med hensyn til selektionseffekten af screeningskriterierne for deltagelse i RCT-gruppen.

Studiepopulation

Materialet udgøres af screeningsgruppen på 1.121 og RCT-gruppen på 844 langtidssygemeldte. Grupperne er nærmere beskrevet i Kapitel 3.

Data

I analysen anvendes sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomster året forud for indeks-sygemeldingen). Til sammenligning med baggrundspopulationen og arbejdsstyrken er der indhentet data fra Statistikbanken på Danmarks Statistiks hjemmeside [257]. De datamaterialer, der er anvendt fra denne hjemmeside, er fra databaserne FAM12, RAS1 og HFU1. Året 2005 er valgt til sammenligning. Der er tale om tværsnitsdata, som var gældende 1. januar 2005, dog for data vedrørende arbejdsstyrken forhold, der var gældende i slutningen af november året forud i følge Danmarks Statistik. Dette svarer til starttidspunktet for dataindsamlingen i

herværende undersøgelse. En del anvendte data fra Danmarks Statistik er kun tilgængelige på femårs-aldersgrupper, hvorfor der i herværende delundersøgelse er foretaget en restriktion af data til aldersgruppen 20-64 år for at gøre data sammenlignelige. Arbejdsstyrken er defineret som summen af personer i beskæftigelse og arbejdsløse. For nærmere beskrivelse af arbejdsstyrken henvises til Danmarks Statistiks hjemmeside [257].

Kategoriseringen af højst opnåede uddannelsesniveauer er i herværende undersøgelse ikke sammenlignelig med kategoriseringen i materialet fra Danmarks Statistik.

Statistik og analyser

Der er ikke foretaget statistiske analyser ved sammenligning af data i herværende materiale med data fra Danmarks Statistik. Ved sammenligning af langtidssygemeldte, der opfylder kriterierne for deltagelse i den randomiserede kontrollerede undersøgelse (RCT-gruppen), med langtidssygemeldte, der ikke gør dette, er anvendt Chi²-test for nominelle variabler og Wilcoxon's rangsum test for kontinuerlige variabler.

6.1 Resultater

Det totale antal kontinuerligt langtidssygemeldte i over otte uger i de seks deltagende kommuner i alderen 20-64 år gennem det år, undersøgelsen forløb, er 2.371 personer. Til sammenligning var befolkningen for 20-64-årige i de samme kommuner pr. 1. januar 2005 på 68.649 personer og arbejdsstyrken på 56.589. Året efter pr. 1. januar 2006 var arbejdsstyrken på 56.465 personer. Beregnet ud fra et gennemsnit af arbejdsstyrken for 2005 og 2006 er den kumulerede incidensproportion 41,6 langtidssygemeldte/1000 personer tilhørende arbejdsstyrken/år ved korrektion for 0,9% af de langtidssygemeldte, som ikke viste sig at opfylde varighedskriteriet for langtidssygemelding i herværende undersøgelse (se Kapitel 3). Dette svarer til 3,4% af befolkningen.

De følgende analyser er foretaget på baggrund af arbejdsstyrken pr. 1. januar 2005 uden korrektion for de 0,9% fejlkategoriserede langtidssygemeldte. Af denne gruppe udgør langtidssygemeldte 4,2% af arbejdsstyrken og 3,5% af befolkningen i aldersgruppen 20-64 år.

Tabel 6.1 viser en fordeling på sociodemografiske variabler for befolkningen, arbejdsstyrken og screeningsgruppen i alderen 20-64 år. Sammenlignes arbejdsstyrken med befolkningen, er den procentuelle fordeling nogenlunde ensartet. Alders-

Tabel 6.1 Fordeling på sociodemografiske variabler for befolkningen, arbejdsstyrken og langtidssygemeldte i herværende undersøgelse, for alle grupper i alderen 20-64 år

Sociodemografisk variabel	Befolkningen 20-64 år	Arbejdsstyrken 20-64 år	Screeningsgruppen 20-64 år
	N = 68.649	N = 56.589	N = 1.104
Kønsfordeling - %			
Mænd	51,2	53,9	42,6
Kvinder	48,8	46,1	57,4
Aldersgrupper - %			
20-29 år	19,0	19,0	10,8
30-39 år	23,7	25,7	22,6
40-49 år	24,1	26,2	29,1
50-59 år	23,5	24,3	32,5
60-64 år	9,7	4,7	5,0
Kommune - %			
Egvad	7,6	7,6	7,0
Herning	52,6	51,4	53,1
Holmsland	4,6	4,7	4,4
Ringkøbing	14,7	15,1	13,7
Skjern	10,6	11,0	12,0
Videbæk	9,9	10,1	9,9
Husstand - %			
Samboende	61,9		78,9
Ikke hjemmeboende børn	58,8		50,3
Arbejdsstyrken - %			
Arbejdsstyrken totalt	82,4		
Beskæftigede	79,1	95,9	87,0
Arbejdsløse	3,3	4,1	13,0
Uden for arbejdsstyrken	17,6		

Tabel 6.2 Arbejdsstyrken i alderen 20-64 år fordelt på længstvarende uddannelse

Uddannelse	Arbejdsstyrken 20-64 år
	N = 56.589
Grundskole	29,3
Almengymnasial uddannelse	4,0
Erhvervsgymnasial uddannelse	3,3
Erhvervsuddannelse	41,5
Kort videregående uddannelse	4,8
Mellemlang videregående uddannelse	11,5
Bachelor	0,8
Lang videregående uddannelse	2,7
Uoplyst	2,1

Kilde: Danmarks Statistik

gruppen 60-64 år udgør 9,7% i befolkningen mod kun 4,7% i arbejdsstyrken. Dette forhold skyldes formentlig, at mange borgere går på efterløn i aldersgruppen 60-64 år, hvorfor de udgår af arbejdsstyrken. Arbejdsstyrken udgør 82,4% af befolkningen, 79,1% er beskæftigede, 3,4% tilhører arbejdsstyrken, men er ikke i arbejde, og 17,6% er uden for arbejdsstyrken. Procentdelen af arbejdsløse i forhold til arbejdsstyrken udgør 4,1%.

Sammenlignes langtidssygemeldte i screeningsgruppen med arbejdsstyrken findes flere forskelle. Gruppen af langtidssygemeldte er karakteriseret ved en lavere procentdel af mænd med 42,6% sammenlignet med arbejdsstyrken med 53,9%. Andelen af personer under 40 år blandt de langtidssygemeldte er mindre end i arbejdsstyrken. Der er en minimal forskel for aldersgruppen 60-64 år mellem langtidssygemeldte og arbejdsstyrken. Fordelingen på kommune er nogenlunde den samme i de to grupper. Der er en tendens til en relativt større forekomst af personer fra bykommunen Herning blandt langtidssygemeldte end i arbejdsstyrken.

Det er ikke muligt at sammenligne fordelingerne på husstand med arbejdsstyrken, men derimod med normalbefolkningen. For langtidssygemeldte ses en betydeligt højere forekomst af personer, der bor i parforhold, med 78,9%, sammenlignet med 61,9% for normalbefolkningen. Der er en relativt lavere forekomst af langtidssygemeldte, som ikke har hjemmeboende børn, med 50,3% sammenlignet med befolkningen med 58,8%. Dette skal ses i forhold til den relativt højere alder i befolkningen sammenholdt med arbejdsstyrken. Andelen af beskæftigede blandt langtidssygemeldte er 87,0%, hvilket er mindre end i arbejdsstyrken med 95,9%, men større end i befolkningen med 79,1%.

Tabel 6.2 viser arbejdsstyrkens sammensætning på højeste uddannelsesniveau. Fordelingen er ikke sammenlignelig med grupperingen på uddannelsesniveau i herværende undersøgelse. Det ses, at den største gruppe af uddannelse i arbejdsstyrken er personer med erhvervsuddannelse med 41,5% efterfulgt af personer, der alene har grundskole, med 29,3% samt personer med mellemlang videregående uddannelse med 11,5%.

Tabel 6.3 viser en fordeling på demografiske variabler og DREAM-variabler for screeningsgruppen, langtidssygemeldte, der opfylder screeningskriterierne for at indgå i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, og langtidssygemeldte, der ikke gør dette. I screeningsgruppen er der 43,1% mænd, hvoraf 41,5% af RCT-gruppen og 48,0% af gruppen, der ikke opfylder screeningskriterierne ($p = 0,056$). Der er ikke forskel med hensyn til aldersfordelingen. Godt halvdelen af screeningsgruppen er bosiddende i Herning kommune med 53,2%, 55,3% af langtidssygemeldte, der opfylder screeningskriterierne, og 46,6% af langtidssygemeldte, der ikke opfylder disse. I screeningsgruppen har 48,2% ikke modtaget overførselsindkomster året forud for undersøgelsen, fordelt med 45,7% af RCT-gruppen og 55,6% af gruppen, der ikke opfylder kriterierne for screeningsgruppen ($p = 0,004$). Den relativt større andel af langtidssygemeldte, der har modtaget overførselsindkomster året forud, er jævnt fordelt mellem grupperne for de forskellige former for overførselsindkomster, signifikant for ledighed og skånejob.

I Tabel 6.4 vises en fordeling på sociale variabler for screeningsgruppen, langtidssygemeldte, der opfylder screeningskriterierne for at indgå i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, og langtidssygemeldte, der ikke gør dette. For variablerne samlivsforhold, hjemmeboende børn og skoleuddannelse er der ikke forskelle mellem RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne. For erhvervsuddannelse udgør langtidssygemeldte med faglært uddannelse 47,5%, relativt færre af RCT-gruppen med 46,2% og relativt flere af langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne, med 51,6%. Ikke i arbejde forekommer signifikant hyppigere i RCT-gruppen med 15,2% end i gruppen af langtidssygemeldte, der ikke indgår i denne, med 6,2% ($p = 0,000$). For beskæftigelse er der relativt færre faglærte og relativt flere arbejdsløse i RCT-gruppen sammenlignet med langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne, ($p = 0,014$).

Table 6.3 Fordeling på køn, alder, bopælskommune og DREAM-variabler (overførselsindkomst) for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfyldte kriterier for RCT-gruppen

Demografisk variabel/ DREAM-variabel	Screenings- gruppen	Ikke- inkluderede	Inkluderede i RCT-gruppen	p
	N = 1.121	N = 277	N = 844	
Kønsfordeling - %				
Mænd	43,1	48,0	41,5	0,056
Kvinder	56,9	52,0	58,5	
Gennemsnitsalder	44,1	43,8	44,2	0,699
Kommune - %				
Egvad	7,0	7,9	6,6	0,142
Herning	53,2	46,6	55,3	
Holmsland	4,4	6,1	3,8	
Ringkøbing	13,7	14,4	13,5	
Skjern	12,0	13,0	11,6	
Videbæk	9,8	11,9	9,1	
Overførselsindkomst				
Ingen, forekomst i %	48,2	55,6	45,7	0,004
Orlov, forekomst i %	0,9	0,4	1,1	0,279
Skånejob, forekomst i %	0,3	1,1	0,0	0,002
Fleksjob, forekomst i %	3,9	3,3	4,2	0,504
Revalidering, forekomst i %	0,5	0,0	0,7	0,159
Førtidspension, forekomst i %	0,4	0,0	0,5	0,251
Ledighed, uger i gnsn.	5,1	2,7	5,8	0,000
Sygedagpenge, uger i gnsn.	3,1	2,9	3,1	0,520
Øvrig, uger i gnsn.	1,4	0,8	1,7	0,002

Tabel 6.4 Fordeling på sociale variabler for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfyldte kriterier for RCT-gruppen

Social variabel	Screeningsgruppen N = 1.121	Ikke-inkluderede N = 277	Inkluderede i RCT-gruppen N = 844	p
Samlivsforhold - %				
Samboende	78,3	79,8	77,8	0,480
Ikke samboende	21,7	20,2	22,2	
Hjemmeboende børn - %				
Børn	48,9	49,5	48,8	0,839
Ikke børn	51,1	50,5	51,3	
Skoleuddannelse - %				
Alene folkeskole	68,5	70,2	67,9	0,486
Over folkeskole	31,5	29,8	32,1	
Erhvervsuddannelse - %				
Ufaglært	27,7	22,7	29,4	0,221
Faglært	47,5	51,6	46,2	
Videregående kort	21,1	22,0	20,8	
Videregående lang	2,0	1,4	2,2	
Anden	1,7	2,2	1,6	
Arbejdsforhold - %				
Fuldtid	69,4	73,5	68,1	0,000
Deltid	17,6	20,4	16,8	
Ikke i arbejde	13,0	6,2	15,2	
Beskæftigelse - %				
Selvstændig/medhjælpende	7,3	9,1	6,8	0,014
Funktionær/tjenestemand	38,4	39,3	38,1	
Faglært	10,0	13,5	8,9	
Ufaglært	25,2	26,2	24,9	
Elev/lærling	1,2	1,1	1,2	
Aktivering	1,2	1,5	1,1	
Fleksjob	3,9	3,3	4,2	
Arbejdsløs	12,1	5,8	14,1	
Anden	0,7	0,4	0,8	

6.2 Sammenfatning

Konklusionerne vedrører aldersgruppen 20-64 år, og de er følgende:

- ▶ Den kumulerede incidensproportion af langtidssygemelding er på 41,6 langtidssygemeldinger/1000 personer tilhørende arbejdsstyrken/år.
- ▶ Hyppigheden af kontinuerligt langtidssygemeldte over otte uger i aldersgruppen 20-64 år udgør 3,4% af befolkningen.
- ▶ De følgende resultater er ikke korrigeret for de 0,9% af langtidssygemeldte i herværende undersøgelse, som ikke opfylder kriterierne for langtidssygemelding. Langtidssygemeldte udgør 4,2% af arbejdsstyrken. Af befolkningen mellem 20-64 år udgør arbejdsstyrken 82,4%, 79,1% er beskæftigede, 3,3% ikke i arbejde, og 17,6% er uden for arbejdsstyrken.
- ▶ Langtidssygemeldte er sammenlignet med arbejdsstyrken karakteriseret ved en relativt større forekomst af kvinder med 57,4% mod 46,1% i arbejdsstyrken.
- ▶ Langtidssygemeldte er sammenlignet med arbejdsstyrken karakteriseret ved en relativt lavere forekomst af personer under 40 år med 33,4% mod 44,7% i arbejdsstyrken.
- ▶ Arbejdsløse udgør 13,0% af langtidssygemeldte, 4,1% af arbejdsstyrken og 3,3% af befolkningen.
- ▶ Personer, der lever i parforhold, udgør 78,9% af langtidssygemeldte mod 61,9% i befolkningen.
- ▶ Personer, der ikke har hjemmeboende børn, udgør 50,3% af langtidssygemeldte mod 58,8% i befolkningen.
- ▶ RCT-gruppen i forhold til langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for at indgå i denne, er karakteriseret ved relativt flere kvinder, flere fra Herning Kommune, flere der har modtaget overførselsindtægter året forud for sygemeldingen, flere arbejdsløse og færre faglærte.

7. Sygemeldingsdiagnoser

Sygemeldingen er den proces, hvor der om en person, der er disponibel for arbejdsstyrken, træffes beslutning om, at denne udebliver helt eller delvist fra arbejde eller ved arbejdsløshed, at vedkommende midlertidigt fritstilles fra at være til rådighed for arbejdsmarkedet, i begge tilfælde i henhold til lovgivningen på grund af egen sygdom. En sygemelding foretages oftest primært af den syge med angivelse af årsag til kommunen. Kommunen kan i den forbindelse udbede en lægeerklæring [19-22].

Lægens rolle i forbindelse med en sygemelding varierer i forhold til nationale bestemmelser. I Danmark er der ikke krav om indhentning af en lægeerklæring ved sygemelding, hvis sagen for arbejdsmarkedsafdelingen i øvrigt vurderes tilstrækkeligt belyst til visitation af den sygemeldte samt iværksættelse af eventuelle rehabiliteringsforanstaltninger [19-22].

Kvaliteten af sygemeldingserklæringer er væsentlig, idet en erklæring kan have konsekvenser for en patients livssituation, til tider af lige så stor betydning som den medicinske tilstand i sig selv, især med hensyn til mulighederne for økonomisk kompensation og beslutninger, der i Danmark tages af arbejdsmarkedsafdelingerne i kommunerne med henblik på rehabilitering af den sygemeldte. To svenske oversigtsartikler har som nævnt i Kapitel 2 beskrevet de essentielle elementer i lægens rolle, og beslutningsprocessen angående sygemeldinger har været genstand for forskning af meget forskellig karakter, hovedsageligt i Norge, Sverige, Finland og Storbritannien [19-22, 30, 41, 42] (se Kapitel 2).

Der er få undersøgelser, som har undersøgt diagnosefordelingen ved otte ugers sygemelding. I to norske undersøgelser er muskuloskeletal lidelse fundet at have en hyppighed varierende mellem 34% og 41% og psykisk lidelse mellem 8% og 17% [75, 76].

Formål

Formålet med herværende delundersøgelse er en analyse af sygemeldingsdiagnoserne og mere specifikt at

- ▶ beskrive fordelingen af sygemeldingsdiagnoser i en population af langtidssygemeldte
- ▶ sammenholde to delpopulationer i herværende undersøgelse, screeningsgruppen og RCT-gruppen, med hensyn til selektionseffekten af screeningskriterierne for deltagelse i RCT-gruppen.

Studiepopulation

Materialet udgøres af screeningsgruppen på 1.121 og RCT-gruppen på 844 langtidssygemeldte, der er nærmere beskrevet i Kapitel 3.

Data

De anvendte data er sygemeldingsdiagnoser afgivet af læger og i de tilfælde, hvor der ikke er afgivet diagnoser af læger, de langtidssygemeldtes oplysning til kommunens arbejdsmarkedsafdeling. Oplysninger om sygemeldingsdiagnoser er indhentet fra kommunen et år efter udsendelse af Spørgeskema-1. Sygemeldingsdiagnoserne er som beskrevet i Kapitel 3 afgivet med varierende specificitet og uden brug af et diagnoseklassifikationssystem, hvorfor sygemeldingsdiagnoserne efterfølgende af psykiateren i undersøgelsen er kodet i henhold til The International Classification of Primary Care (ICPC) [240-242]. Diagnosesystemet er nærmere beskrevet i Kapitel 3. Der kunne registreres 1-3 sygemeldingsdiagnoser.

Statistik og analyser

Ved sammenligning af nominelle data er anvendt Chi²-test og for kontinuerlige variabler Wilcoxon's rangsum test.

7.1 Resultater

Tabel 7.1 viser fordelingen af sygemeldingsdiagnoser (organ-diagnoser) for screeningsgruppen fordelt på langtidssygemeldte, der opfylder kriterierne for at indgå i RCT-gruppen, og langtidssygemeldte, der ikke gør dette. Med hensyn til organ-diagnoser kan samme langtidssygemeldte forekomme i flere kategorier. Den dominerende diagnosegruppe er L - Muskuloskeletal lidelse med 50,5% af screeningsgruppen fordelt med 45,9% af RCT-gruppen og 54,6% af gruppen, der ikke opfylder screeningskriterierne for denne ($p = 0,000$). Den næststørste diagnosegruppe er P - Psykiatrisk sygemeldingsdiagnose med 25,9% af screeningsgruppen, 30,2% af RCT-gruppen og 12,6% af gruppen, der ikke opfylder kriterierne for RCT-gruppen ($p = 0,000$). Diagnosegruppen K - Hjerte-kar udgør 6,8%, hvorefter resten under 5% og meget sjældent F - Øje, H - Øre og Y - Mandlige kønsorganer med under 1%. Det er kun for få af disse diagnosegrupper, at der er signifikante forskelle mellem RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for RCT-gruppen. Der er relativt flere af A - Alment/uspecificeret og T - Endokrin/metabolisk samt færre af H - Øre i RCT-gruppen.

Tabel 7.2 viser fordelingen på sygemeldingsdiagnoser (specificitet) for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne. Med hensyn til specificitet udelukker de forskellige diagnosegrupper hinanden, således at samme langtidssygemeldte kun kan forekomme i én kategori. Over halvdelen (52,2%) af screeningsgruppen har en sygemeldingsdiagnose "kun specifik patologi" under

Tabel 7.1 Fordeling af sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser) for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfyldte kriterier for RCT-gruppen

Sygemeldingsdiagnose, ICPC-organdiagnose	Screenings- gruppen N = 1.121	Ikke- inkluderede N = 277	Inkluderede i RCT-gruppen N = 844	p
Organdiagnoser/socialt forhold - %				
A - Alment/uspecificeret	3,4	1,4	4,0	0,039
B - Blod/lymfe	1,1	1,1	1,1	0,981
D - Fordøjelsesorganer	4,6	4,7	4,5	0,895
F - Øje	0,5	0,0	0,6	0,199
H - Øre	0,3	1,1	0,0	0,002
K - Hjerter-kar	6,8	5,4	7,2	0,298
L - Muskuloskeletal	50,5	64,6	45,9	0,000
N - Nervesystem	4,6	4,3	4,7	0,780
P - Psykisk	25,9	12,6	30,2	0,000
R - Luftveje	2,5	1,8	2,7	0,395
S - Hud	1,2	1,8	1,0	0,248
T - Endokrin/metabolisk	1,5	0,0	2,0	0,017
U - Urinveje	1,3	2,2	1,1	0,167
X - Kvindelige kønsorganer	2,9	2,5	3,0	0,706
Y - Mandlige kønsorganer	0,2	0,0	0,2	0,417
Z - Sociale forhold	1,2	0,7	1,3	0,433

kun somatiske diagnoser (specifik somatisk diagnose), og der er betydelig forskel mellem RCT-gruppen med 47,0% og langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne, med 67,9%. Næststørste gruppe er en "kun specifik patologi" under kun psykiatriske diagnoser (specifik psykiatrisk diagnose) med 13,8% af screeningsgruppen, 16,4% af RCT-gruppen og 6,1% af langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne. Der er signifikant forskel mellem grupperne i den totale variabel ($p = 0,000$).

Tabel 7.3 viser fordelingen på sygemeldingsdiagnoser (patologidiagnoser) for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfylder kriterierne for denne. Med hensyn til patologidiagnoser kan samme langtidssygemeldte forekomme i flere kategorier. Den største gruppe er langtidssygemeldte med anden specifik medicinsk lidelse, 34,9% af screeningsgruppen, 32,2% af RCT-gruppen og 43,0% af gruppen, der ikke opfylder kriterierne for RCT-gruppen ($p = 0,001$).

Dernæst følger somatisk symptomdiagnose med 22,9%, 24,1% af RCT-gruppen og 19,5% af gruppen, der ikke opfylder kriterierne for denne ($p = 0,117$). Specifik psykisk lidelse (specifikke psykiatriske diagnoser) udgør den tredjestørste gruppe, 15,9% af screeningsgruppen, 19,0% af RCT-gruppen og 6,6% af gruppen, der ikke opfylder kriterierne for RCT-gruppen ($p = 0,000$). Skader udgør en næsten lige så stor gruppe som psykiatriske diagnoser med 14,9%.

Tabel 7.2 Fordeling af sygemeldingsdiagnoser (specificitet) for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfyldte kriterier for RCT-gruppen

Sygemeldingsdiagnose, ICPC-specificitet	Screenings- gruppen N = 1.121	Ikke- inkluderede N = 277	Inkluderede i RCT-gruppen N = 844	p	
Kun somatiske diagnoser					
Kun specifik patologi	52,2	67,9	47,0	0,000	
Kun symptom	19,8	17,3	20,6		
Både specifik og symptom	2,0	2,2	1,9		
Kun psykiatriske diagnoser					
Kun specifik patologi	13,8	6,1	16,4		
Kun symptom	7,5	4,3	8,5		
Både specifik og symptom	0,4	0,4	0,4		
Kun sociale problemer	0,1	0,0	0,1		
Psykiatriske og somatiske diagnoser					
Psykisk og kun specifik somatisk	2,1	1,1	2,5		
Psykisk og kun somatisk symptom	1,0	0,0	1,3		
Psykisk og blandet somatisk	0,1	0,0	0,1		
Andre kombinationer	1,1	0,7	1,2		

Tabel 7.3 Fordeling af sygemeldingsdiagnoser (patologidiagnoser) for screeningsgruppen, RCT-gruppen og langtidssygemeldte, der ikke opfyldte kriterier for RCT-gruppen

Sygemeldingsdiagnose, ICPC-patologidiagnose	Screenings- gruppen N = 1.121	Ikke- inkluderede N = 277	Inkluderede i RCT-gruppen N = 844	p
Somatisk symptom	22,9	19,5	24,1	0,117
Psykisk symptom	10,4	6,1	11,9	0,007
Infektionssygdom	2,0	1,8	2,0	0,828
Neoplasme	5,4	3,3	6,2	0,064
Skade	14,9	23,8	12,0	0,000
Medfødt misdannelse	0,7	0,0	1,0	0,104
Anden specifik medicinsk lidelse	34,9	43,0	32,2	0,001
Specifik psykisk lidelse	15,9	6,6	19,0	0,000

7.2 Sammenfatning

- ▶ Ved fordelingen af langtidssygemeldte i screeningsgruppen på organdiagnoser af sygemeldingsdiagnoserne udgør L – Muskuloskeletal lidelse 50,5%, P - Psykiatriske diagnoser 25,9%, K – Hjerter-kar 6,8% og de øvrige organdiagnoser hver især under 5%. Ved selektionen af langtidssygemeldte fra screeningsgruppen til RCT-gruppen kommer der relativt færre med L – Muskuloskeletal lidelse og relativt flere med P – Psykisk lidelse i RCT-gruppen, hvilket skyldes screeningskriterierne.
- ▶ Ved fordelingen af langtidssygemeldte i screeningsgruppen på specificitet af sygemeldingsdiagnoserne udgør den største gruppe langtidssygemeldte kun specifik somatisk diagnose med 52,2%, efterfulgt af kun somatisk symptomdiagnose med 19,8% og kun specifik psykiatrisk diagnose med 13,8%. Selektionen til RCT-gruppen medfører relativt færre med kun specifik somatisk diagnose og relativt flere med kun specifik psykiatrisk diagnose, kun somatisk symptomdiagnose og kun psykiatrisk symptomdiagnose i RCT-gruppen.
- ▶ Ved fordelingen af langtidssygemeldte i screeningsgruppen på patologidiagnoser af sygemeldingsdiagnoserne udgør den største gruppe anden specifik medicinsk lidelse med 34,9%, efterfulgt af somatisk symptomdiagnose med 22,9%, psykiatrisk diagnose med 15,9%, skader med 14,9% og psykisk symptomdiagnose med 10,4%. Selektionen til RCT-gruppen medfører relativt flere med somatisk symptomdiagnose, psykiatrisk symptomdiagnose, specifik psykiatrisk diagnose samt færre med skader og anden specifik medicinsk lidelse i denne gruppe.
- ▶ I herværende undersøgelse udgør muskuloskeletal lidelse den største gruppe af sygemeldingsdiagnoser med 50,5% og psykiske lidelser den næststørste gruppe med 25,9% sammenlignet med hyppighederne for tilsvarende sygemeldingsdiagnoser for langtidssygemeldte ved otte ugers sygemelding i norske undersøgelser, hvor muskuloskeletal lidelse er fundet at have en hyppighed varierende mellem 41% og 46% og psykiske lidelser mellem 11% og 17% [75, 76]. Forklaringen på større hyppigheder i herværende undersøgelse kan være, at der kunne registreres op til tre sygemeldingsdiagnoser, hvorimod det ikke kan afgøres, om der tilsvarende kunne forekomme flere diagnoser i de refererede undersøgelser.

8. Livskvalitet

I Kapitel 2 er det beskrevet, at livskvaliteten er lav for såvel somatiske som psykiske lidelser. Komorbiditet mellem forskellige sygdomme nedsætter livskvaliteten yderligere, og livskvaliteten er associeret med en række andre forhold end den specifikke sygdom [18, 258]. At andre faktorer end specifikke medicinske diagnoser er af betydning for langtidssygemeldtes forhold afspejler sig også i, at sygemeldingsdiagnoser ofte lyder på uspecifikke symptomdiagnoser, hvilket bl.a. fremgår af Kapitel 7. Andre mål for helbred end diagnoser bliver derfor af betydning ved beskrivelsen af en populations sygelighed.

Et mål, der igennem en årrække har vundet stor udbredelse, er helbredsrelateret livskvalitet (HRQoL), hvor der har udkrystalliseret sig to grupper af instrumenter, *sygdomsspecifikke* instrumenter til anvendelse over for specifikke diagnostiske grupper og *generiske* instrumenter til anvendelse i populationer, som ikke omfatter en specifik sygdom, eller til anvendelse i brede befolkningsgrupper. Generiske instrumenter gør det muligt at sammenligne livskvalitet i en given population med data for normalbefolkningen.

Et af de mest anvendte generiske instrumenter er SF-36, som er udviklet i Medical Outcome Study, og som har vist udmærket reliabilitet og validitet i forskellige patientpopulationer og i befolkningsundersøgelser [259, 260]. SF-36 er udviklet i adskillige lande inklusive Danmark med angivelse af data for normalbefolkningen [84].

Formål

Herværende undersøgelse har i Kapitel 5 fundet en større hyppighed af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte end tidligere undersøgelser baseret på sygemeldingsdiagnoser. Da lav livskvalitet i særdeleshed er forbundet med psykiske lidelser, er det relevant med en nærmere undersøgelse af livskvaliteten hos langtidssygemeldte.

Formålet med herværende delundersøgelse er på denne baggrund at

- ▶ undersøge livskvaliteten i en population af langtidssygemeldte med kontinuerlig sygemelding i over otte uger
- ▶ sammenligne livskvaliteten hos langtidssygemeldte med kontinuerlig sygemelding i over otte uger med livskvaliteten hos normalbefolkningen
- ▶ undersøge livskvaliteten i relation til sociodemografiske forhold, overførselsindkomster (DREAM-variabler), sygemeldingsdiagnoser, psykiatriske diagnoser og komorbiditet i en population af kontinuerligt langtidssygemeldte i over otte uger.

Undersøgelsespopulation

Undersøgelsen er foretaget på screeningsgruppen, de 1.121 langtidssygemeldte, som returnerede Spørgeskema-1 (se Kapitel 3).

Data

De anvendte data i analysen er beskrevet nærmere i Kapitel 3. Det drejer sig ud over SF-36 om sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser (ICPC) og psykiatriske diagnoser (ICD-10) stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse.

Statistik og analyser

Data for livskvalitet er sædvanligvis ikke normalfordelte, og heller ikke i herværende materiale, hvorfor der er anvendt non-parametriske tests. Ved sammenligning af data med data for normalbefolkningen er anvendt Wilcoxon's simple for-tegnstest, og ved sammenligning af scores for livskvalitet mellem grupper er anvendt Wilcoxon's rangsum test og Kruskal Wallis test.

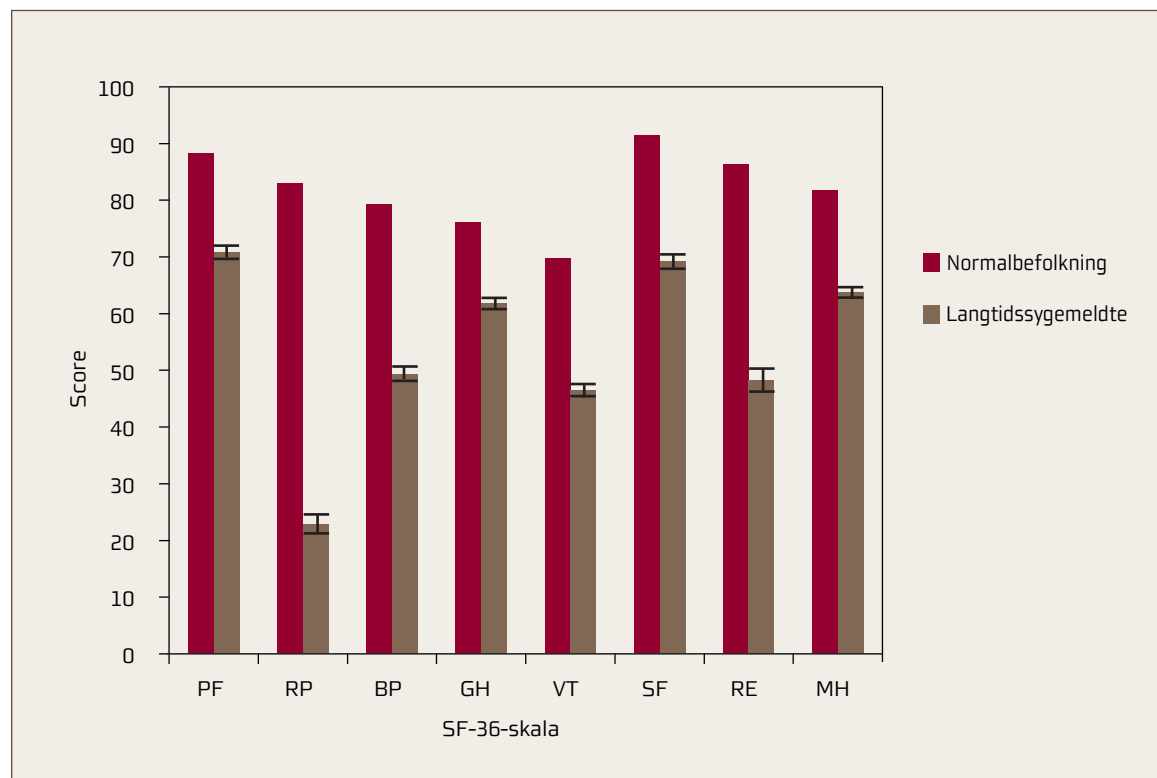
Ved multivariable analyser, der alene omfatter sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og sygemeldingsdiagnoser, er der foretaget lineær regression uden vægtning, idet data er tilgængelige for hele populationen på 1.121 langtidssygemeldte minus langtidssygemeldte med *missing data*. For analyser, som indeholder psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, er data kun tilgængelige for de 337 langtidssygemeldte, som gennemgik den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, hvorfor der i disse analyser er foretaget vægtede analyser op til 1.121 langtidssygemeldte. Strategien ved de lineære regressioner er beskrevet i Kapitel 3. Data for normalbefolkningen stammer fra den danske manual til SF-36 [84]. Se diskussion af anvendelse af lineære regressioner med data, der ikke er normalfordelte, i Kapitel 3.

Analyserne er foretaget med STATA 7.0 [251]. Livskvalitet for psykiatriske diagnoser er udregnet som vægtet analyse i SPSS 14.0 [252] med udregning af varians for de 337 langtidssygemeldte, der fik foretaget den psykiatriske diagnostiske undersøgelse.

8.1 Resultater

Figur 8.1 viser gennemsnitlige scores for livskvalitet for de otte skalaer i SF-36 for normalbefolkningen og langtidssygemeldte på det tidspunkt, hvor de returnerede Spørgeskema-1. Scores for den fysiske komponent, PCS, og den psykiske kom-

Figur 8.1 Søjlediagram for gennemsnitlige scores for skalaer i SF-36 for normalbefolkning og langtidssygemeldte (screeningsgruppen)



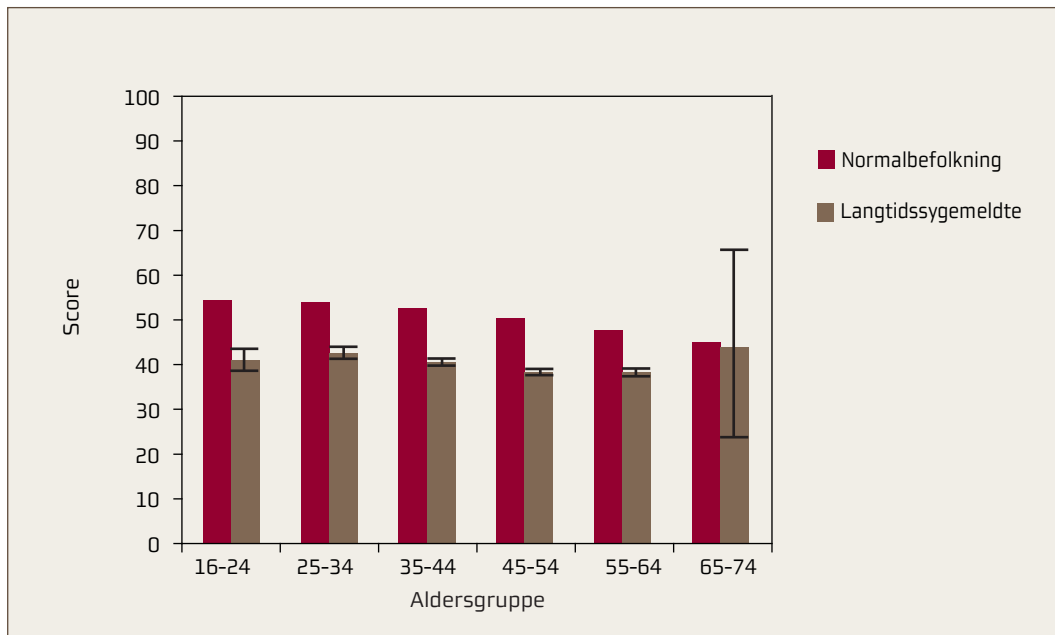
Signaturforklaring til skalaer i SF-36

PF	Fysisk funktion
RP	Begrænsninger - fysisk betinget
BP	Fysisk smerte
GH	Alment helbred
VT	Energi
SF	Social funktion
RE	Begrænsninger - psykisk betinget
MH	Psykisk velbefindende
PCS	Fysisk komponent
MCS	Psykisk komponent

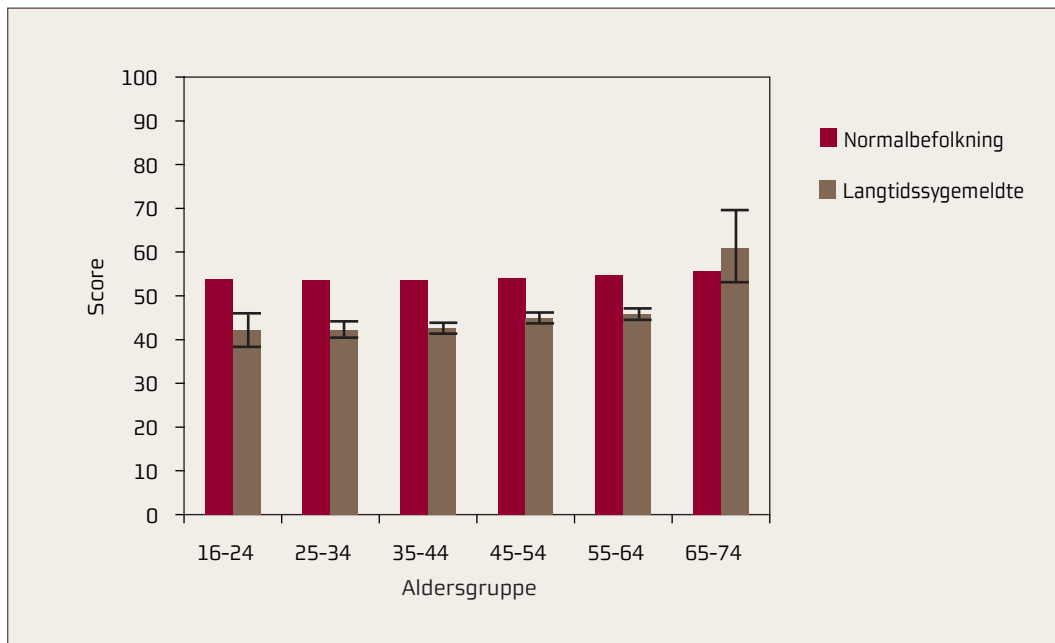
ponent, MCS, er ikke vist i figuren. For alle skalaer ses betydeligt og signifikant lavere scores for livskvalitet i populationen af langtidssygemeldte end i normalbefolkningen (for alle skalaer, $p = 0,000$). Den lavere livskvalitet hos langtidssygemeldte varierer procentuelt i scores i forhold til normalbefolkningen mellem 18,9% for GH – Alment helbred og 72,4% for RP – Begrænsninger – fysisk betinget. At RP viser en så betydeligt

nedsat livskvalitet i forhold til normalbefolkningen skyldes, at denne skala indeholder spørgsmål om en testpersons evne til at varetage et arbejde, og manglende evne til dette i form af langtidssygemelding er netop kriteriet for at indgå i herværende undersøgelse. Den næststørste reduktion findes for skalaen RE – Begrænsninger – psykisk betinget med 44,1%. Figur 8.2 viser gennemsnitlige scores for PCS i normalbefolk-

Figur 8.2 Søjlediagram for gennemsnitlig score af PCS fordelt på aldersgrupper for normalbefolkning og langtidssygemeldte (screeningsgruppen)



Figur 8.3 Søjlediagram for gennemsnitlig score af MCS fordelt på aldersgrupper for normalbefolkning og langtidssygemeldte (screeningsgruppen)



ningen og for langtidssygemeldte. For samtlige aldersgrupper ses PCS mindre for langtidssygemeldte sammenlignet med normalbefolkningen, signifikant for alle aldersgrupper indtil 65-74 år ($p = 0,000$). For populationen 65-74 år er den mindre livskvalitet hos langtidssygemeldte beskeden med en gennemsnitlig score på 44,0 sammenlignet med normalbefolkningen med en gennemsnitlig score på 45,1 i normalbefolkningen ($p = 0,593$). Den beskeden reduktion i denne aldersgruppe skyldes, at langtidssygemeldte på 65-74 år, som er sygemeldt fra et arbejde, må formodes at være selekteret i forhold til bedre fysisk livskvalitet. Der er signifikant forskel mellem aldersgrupperne ($p = 0,000$).

Figur 8.3 viser gennemsnitlige scores for den psykiske komponent, MCS, i normalbefolkningen og for langtidssygemeldte. For MCS ses signifikant mindre livskvalitet for alle aldersgrupper indtil 65-74 år ($p = 0,000$). Gruppen 65-74 år har et gennemsnit på 60,8 sammenlignet med 55,6 i normalbefolkningen, og dermed højere psykisk livskvalitet end normalbefolkningen af samme grund som omtalt for Figur 8.2 ($p = 0,109$). Der er signifikant forskel mellem aldersgrupperne ($p = 0,014$).

Tabel 8.1 viser gennemsnitlige scores for PCS og MCS fordelt på sociodemografiske variabler. For fordeling på alder henvises til Figur 8.2 og Figur 8.3. Kvinder har højere score på PCS med en score på 40,6 sammenlignet med mænd med en score på 38,7 ($p = 0,021$). Livskvaliteten er uafhængig af, om de langtidssygemeldte er bosiddende i landkommuner eller bykommuner ($p = 0,406$). For langtidssygemeldte, der er samboende med partner, er PCS mindre med 39,1 end for langtidssygemeldte, der ikke er samboende med en partner, med 42,2 ($p = 0,000$). Der er ikke forskel på, om langtidssygemeldte bor sammen med børn eller ej ($p = 0,397$). For skoleuddannelse er PCS højere for langtidssygemeldte, der har en skoleuddannelse, der ligger ud over folkeskole, med en score på 41,9 end for langtidssygemeldte, der ikke har dette, med en score 38,5 ($p = 0,000$). For erhvervsuddannelse har langtidssygemeldte, der har en teoretisk erhvervsuddannelse på fire år eller derunder, højere PCS med en score på 42,3 end de øvrige grupper med scores mellem 39 og 40 ($p = 0,008$). Med hensyn til arbejdsforhold, som de langtidssygemeldte gik på sygemelding fra, er der en ikke-signifikant forskel imellem grupperne ($p = 0,271$). For beskæftigelse skiller langtidssygemeldte, der gik på sygemelding fra fleksjob, sig ud fra gennemsnittet med en relativt lav score på 33,2, hvorimod funktionærer/tjenestemænd og langtidssygemeldte med anden beskæftigelse har højere scores, begge 41,7 ($p = 0,000$).

For MCS har kvinder lavere score end mænd ($p = 0,003$). For langtidssygemeldte bosiddende i landkommuner er MCS større end for langtidssygemeldte bosiddende i bykommunen Herning ($p = 0,000$). Langtidssygemeldte, der er samboende med partner, har højere MCS end langtidssygemeldte, der ikke bor sammen med partner ($p = 0,000$). MCS er uafhængig af, om de langtidssygemeldte har hjemmeboende børn eller ej ($p =$

0,291), og også uafhængig af skoleuddannelse (over folkeskole eller ej) ($p = 0,333$). Ved erhvervsuddannelse adskiller faglært uddannelse sig fra de øvrige grupper med en højere livskvalitet på 45,9 sammenlignet med de øvrige uddannelser ($p = 0,002$). For arbejdsforhold er der ingen forskel ($p = 0,212$). For beskæftigelse skiller selvstændige/medhjælpende ægtefæller og faglærte sig ud med scores over 48 sammenlignet med øvrige grupper med scores mellem 40 og 45 ($p = 0,003$).

Tabel 8.2 viser gennemsnitlige scores for PCS og MCS fordelt på overførselsindkomster (DREAM-variabler). Variablerne for øvrig overførselsindkomst, økonomisk kompensation ved ledighed (arbejdsløshedsunderstøttelse) og sygedagpenge er dikotomiseret ved varighedsintervaller på 10-52 uger, 20-52 uger, 30-52 uger og 40-52 uger, mens de øvrige variabler er dikotomiseret i forhold til, om der har været en overførselsindkomst eller ej, alle i året forud for indeks-sygemeldingen. For PCS forekommer der kun signifikante forskelle for ledighed i 40-52 uger året før ($p = 0,024$) og fleksjob ($p = 0,000$). Livskvaliteten falder med stigende varighed af overførselsindkomsten. For MCS forekommer signifikante forskelle for øvrige overførselsindkomster på 10-52 uger ($p = 0,010$) og 20-52 uger ($p = 0,044$) samt for ledighed i 10-52 uger ($p = 0,016$). Den psykiske livskvalitet er konstant i forhold til varigheden af overførselsindkomsten, dog med nogen faldende tendens i takt med stigende varighed af sygedagpenge. Skånejob markerer sig med en høj psykisk livskvalitet.

Tabel 8.3 viser PCS og MCS fordelt på psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. De gennemsnitlige scores er i denne analyse udregnet for de 337 langtidssygemeldte, der gennemgik den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, med vægtning op til 1.121. Der er ikke udregnet signifikans for forskelle mellem diagnosegrupperne. For PCS har langtidssygemeldte uden psykiatriske diagnose en score, der ligger markant under scores for langtidssygemeldte, der har en psykiatriske diagnose, bortset fra organisk psykiatriske lidelse, somatoform lidelse og komorbiditet mellem depression og somatoform lidelse samt i nogen grad misbrug.

Det forholder sig modsat for MCS, hvor langtidssygemeldte uden psykiatriske diagnose har en gennemsnitlig score på 52,1, hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra den gennemsnitlige score for normalbefolkningen på 54,0. Scoren for langtidssygemeldte, der har en psykiatriske diagnose, ligger betydeligt under med en gennemsnitlig score på 34,5. De diagnostiske grupper, der i særdeleshed skiller sig ud med lave scores, er langtidssygemeldte med bipolar lidelse, moderat/svær depression, visse angstlidelser og mindre diagnosegrupper som personlighedsforstyrrelser og ADHD.

Tabel 8.1 Fysisk komponent (PCS) og psykisk komponent (MCS) fordelt på sociodemografiske variabler for screeningsgruppen med 95%-sikkerhedsgrænser

Variabel	PCS	MCS
Køn		
Mænd	38,7 (37,8-39,6)	45,6 (44,3-46,9)
Kvinder	40,6 (39,7-41,5)	42,7 (41,5-43,9)
By/land		
By	40,0 (39,1-40,9)	42,3 (41,1-43,5)
Land	39,5 (38,5-40,4)	45,9 (44,6-47,1)
Samlivsforhold		
Samboende	39,1 (38,3-39,8)	45,0 (44,0-45,9)
Ikke samboende	42,2 (40,9-43,6)	40,3 (38,2-42,4)
Hjemmeboende børn		
Børn	39,6 (38,7-40,6)	44,4 (43,1-45,7)
Ikke børn	39,9 (39,0-40,8)	43,5 (42,3-44,8)
Skoleuddannelse		
Alene folkeskole	38,5 (37,7-39,2)	44,3 (43,2-45,3)
Over folkeskole	41,9 (40,6-43,1)	43,2 (41,5-44,8)
Erhvervsuddannelse		
Ufaglært	39,3 (38,0-40,5)	41,9 (40,2-43,6)
Faglært	39,0 (38,1-39,9)	45,9 (44,6-47,2)
Videregående kort	42,3 (40,7-43,8)	42,3 (40,3-44,4)
Videregående lang	39,6 (35,0-44,2)	41,0 (34,3-47,7)
Anden	39,4 (33,9-44,8)	45,6 (39,0-52,3)
Arbejdsforhold		
Fuldtid	40,1 (39,4-40,9)	44,3 (43,2-45,3)
Deltid	39,1 (37,4-40,7)	44,2 (42,1-46,4)
Ikke i arbejde	39,1 (37,2-41,0)	41,7 (39,1-44,4)
Beskæftigelse		
Selvstændig/medhjælpende	37,0 (35,0-39,0)	48,4 (45,0-51,8)
Funktionær/tjenestemand	41,7 (40,5-42,8)	42,4 (40,9-43,9)
Faglært	39,9 (38,2-41,6)	49,8 (47,5-52,1)
Ufaglært	38,9 (37,8-40,0)	44,2 (42,6-45,9)
Fleksjob	33,2 (30,6-35,8)	40,7 (36,7-44,7)
Arbejdsløs	39,0 (37,1-41,0)	42,2 (39,5-45,0)
Anden	41,7 (37,3-46,0)	43,0 (38,0-48,0)

Tabel 8.2 Fysisk komponent (PCS) og psykisk komponent (MCS) fordelt på DREAM-variabler (overførselsindkomst) for screeningsgruppen med 95%-sikkerhedsgrænser

Overførselsindkomst	PCS	MCS
Ledighed		
10-52 uger	38,7 (37,1-40,4)	41,5 (39,3-43,7)
20-52 uger	39,2 (37,2-41,3)	41,3 (38,6-43,9)
30-52 uger	38,6 (36,0-41,1)	41,0 (37,8-44,3)
40-52 uger	36,4 (32,9-39,9)	41,5 (37,1-46,0)
Sygedagpenge		
10-52 uger	38,0 (36,0-40,1)	43,4 (40,7-46,2)
20-52 uger	38,3 (35,4-41,1)	41,5 (37,1-46,0)
30-52 uger	36,3 (32,2-40,3)	41,8 (36,3-47,3)
40-52 uger*	35,6 (23,0-48,3)	40,5 (28,7-52,3)
Skånejob*	40,7 (4,1-77,4)	54,2 (49,4-59,0)
Fleksjob	33,7 (31,0-36,5)	41,7 (37,4-46,1)
Revalidering*	35,4 (21,6-49,2)	37,6 (28,6-46,7)
Orlov	46,4 (34,8-58,0)	36,2 (24,0-48,5)
Førtidspension*	32,7 (23,2-42,2)	29,7 (13,6-45,8)
Øvrig		
10-52 uger	38,0 (34,8-41,2)	39,1 (35,3-42,8)
20-52 uger	37,8 (33,3-42,2)	39,0 (33,8-44,2)
30-52 uger	38,5 (31,2-45,8)	39,8 (31,8-47,7)
40-52 uger*	35,2 (27,5-42,9)	40,4 (27,8-52,9)

*) Under 10 cases

Table 8.3 Fysisk komponent (PCS) og psykisk komponent (MCS) fordelt på psykiatriske diagnoser (ICD-10) med 95%-sikkerhedsgrænser, vægtet analyse

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	PCS	MCS
Ingen psykiatrisk diagnose	33,8 (28,1-39,4)	52,1 (45,5-58,7)
Alle psykiatriske diagnoser	42,7 (35,9-49,6)	34,5 (27,6-41,4)
Organisk lidelse: F0*	34,4 (29,1-39,7)	47,9 (40,2-55,7)
Misbrug: F1	37,4 (31,0-43,7)	34,2 (26,7-41,8)
Psykose: F2*	49,8 (44,5-55,1)	40,8 (33,2-48,4)
Bipolar lidelse incl. cyclothymi: F30, F31, F34.0*	52,4 (46,5-58,3)	27,9 (21,0-34,9)
Alle depressioner: F31.3-5, F32, F33, F34.1	43,6 (36,9-50,3)	32,1 (25,5-38,8)
Depression incl. dysthymi: F32, F33, F34.1	43,3 (36,6-50,0)	32,2 (25,6-38,9)
Depression, moderat og svær: F32.1-3, F33.1-3	45,2 (38,6-51,8)	29,9 (23,5-36,4)
Angst, alle: F40-F43	44,5 (37,7-51,3)	32,4 (25,7-39,2)
Angstlidelser: F40, F41	43,2 (36,8-49,7)	33,2 (26,3-40,1)
Angstlidelser: F40.0-F40.1	46,2 (39,4-52,9)	28,7 (22,2-35,1)
Angstlidelser: F41.0-F41.1	40,3 (34,4-46,2)	36,0 (28,8-43,2)
OCD: F42*	41,0 (34,6-47,4)	31,5 (24,9-38,0)
Tilpasningsforstyrrelser: F43	46,4 (39,0-53,7)	35,8 (28,3-43,3)
Somatoform lidelse: F44, F45, F48	33,6 (27,6-39,7)	39,1 (32,4-45,8)
Spiseforstyrrelse: F5*	41,5 (33,8-49,1)	37,8 (29,4-46,2)
Personlighedsforstyrrelse: F6*	44,9 (38,1-51,6)	31,5 (25,1-37,8)
ADHD: F9*	49,2 (43,6-54,8)	25,0 (19,7-30,2)
Ingen komorbiditet		
Depression, let	39,9 (33,7-46,2)	40,6 (34,3-46,9)
Depression, moderat og svær	46,4 (39,8-53,0)	29,8 (23,7-36,0)
Angst	46,2 (38,9-53,6)	37,3 (30,0-44,5)
Somatoform lidelse*	29,2 (23,0-35,4)	45,3 (38,0-52,5)
Andre diagnoser	40,9 (34,2-47,6)	43,8 (37,2-50,4)
Komorbiditet		
Depression + angst	45,8 (39,5-52,1)	28,6 (22,1-35,1)
Depression + somatoform lidelse	30,2 (26,5-34,0)	40,4 (33,7-47,1)
Andre	43,1 (36,4-49,8)	31,1 (24,2-38,0)

*) Under 10 cases

Tabel 8.4 Lineær regression med PCS som afhængig variabel og sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) som uafhængige variabler med 95%-sikkerhedsgrænser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Ledighed 40-52 uger året før	-4,5 (-7,7 – -1,4)
Samboende	-3,1 (-4,6 – -1,5)
Fleksjob	-7,1 (-10,3 – -3,9)
Alene folkeskole/under 50 år	0,7 (-1,8 – 3,1)
Alene folkeskole/50 år +	-0,1 (-2,7 – 2,5)
Over folkeskole/under 50 år	5,1 (2,5 – 7,7)
Konstant	41,0 (38,4 – 43,6)

Tabellerne 8.4-8.11 viser lineære regressioner til belysning af den relative betydning af sociodemografiske variabler, sygdomsdiagnoser (organdiagnoser, specificitet og patologidiagnoser), psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse og somatisk/psykiatriske komorbiditet. Nogle modeller afviger fra det, der er beskrevet i Kapitel 3 om reduktion af multivariable modeller, idet visse modeller kun er reduceret for sociodemografiske variabler og DREAM-variabler, men ikke med hensyn til psykiatriske diagnoser og sygdomsdiagnoser, netop for at beskrive forholdene for disse variabler kontrolleret for sociodemografiske variabler og DREAM-variabler. Psykiatriske sygdomsdiagnoser er udeladt, da psykiatriske diagnoser indgår i form af diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, og det samme gælder den generelle variabel for psykiatriske komorbiditet, idet den psykiatriske komorbiditet fremgår af de indgående variabler for psykiatriske diagnoser.

Tabel 8.4 viser resultaterne af en lineær regression af PCS for sociodemografiske variabler og DREAM-variabler. Ved læsning af tabellen gælder, at en PCS-score for en given langtidssygemeldt fås ved at lægge koefficienterne ud for hvert karakteristikum, som er gældende for den langtidssygemeldte, sammen med konstanten. Variablerne alder og skoleuddannelse interagerer med hinanden, hvorfor disse to variabler er opsplittet i fire variabler, hvor en langtidssygemeldt under 50 år med skoleuddannelse over folkeskole er valgt som reference. Ledighed i 40-52 uger i året forud for indeks-sygemeldingen har en regressionskoefficient på -4,5, hvilket betyder, at PCS-score er 4,5 mindre for en sygemeldt, der har været ledig i 40-52 uger året forud for indeks-sygemeldingen, sammenlignet med en sygemeldt, der ikke har været dette. De variabler, der viser signifikant lavere PCS-score end deres reference, er ledighed i 40-52 uger året før, samboende, langtidssygemeldte, der er sygemeldt fra fleksjob, og langtidssygemeldte, der af skoleuddannelse kun har en folkeskoleuddannelse. Den

eneste gruppe, der har et signifikant højere PCS-score, er langtidssygemeldte under 50 år med skoleuddannelse ud over folkeskole.

Tabel 8.5 viser resultaterne af en vægtet lineær regression af PCS over for psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse og sygdomsdiagnoser (organdiagnoser) kontrolleret for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og somatisk/psykiatriske komorbiditet. Samme langtidssygemeldte kan forekomme under flere diagnosegrupper. Der ses relativt beskedne koefficienter for de psykiatriske diagnoser, bortset fra signifikant bedre fysisk livskvalitet for moderat/svær depression på 3,2 og angst på 8,2. For somatoform lidelse er der en signifikant mindre fysisk livskvalitet på -6,5. Det kan ikke undre, at de psykiatriske diagnoser ikke har så stor betydning her, eftersom der er tale om den fysiske komponent, PCS. For somatiske diagnoser ses ved alle diagnoser negative koefficienter som udtryk for lav livskvalitet af den fysiske komponent. De diagnosegrupper, der markerer sig lavest i den fysiske komponent, er muskuloskeletale lidelse, lidelser i fordøjelsesorganerne, luftvejene og nervesystemet.

Tabel 8.6 viser resultaterne af en vægtet lineær regression af PCS over for psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse og sygdomsdiagnoser (patologidiagnoser) kontrolleret for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og somatisk/psykiatriske komorbiditet. Samme langtidssygemeldte kan forekomme under flere diagnosegrupper. Koefficienterne for de psykiatriske diagnoser i denne model er større end i forrige model, hvilket hænger sammen med, at det er en anden model. Dette fremgår også af, at konstanten i denne model har en score, der er lavere end i Tabel 8.5. Dette hænger sammen med, at somatisk/psykiatriske komorbiditet viser sig indgå signifikant i denne model med en koefficient på -10,9. Dette fortæller, at det ikke

udelukkende er de specifikke patologidiagnoser i sig selv, der er betydende for lav livskvalitet, men at det er afgørende, når patologien er komorbid med en psykiatrisk diagnose. Somatiske symptomdiagnoser har den laveste score på -6,7 på grænsen til at være signifikant. Hertil skal erindres, at netop denne diagnosegruppe er karakteriseret ved en relativt stor gruppe af somatisk/psykiatrisk komorbiditet, hvilket medfører en yderligere lav livskvalitet. Hovedkonklusionen af denne model er, at især somatisk/psykiatrisk komorbiditet og i nogen grad tilstedeværelsen af en somatisk symptomdiagnose er de mest afgørende faktorer for lav livskvalitet på den fysiske komponent, PCS.

Tabel 8.7 viser resultaterne af en vægtet lineær regression af PCS over for psykiatriske diagnoser stillet ved den diagnostiske undersøgelse og sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser og patologidiagnoser) kontrolleret for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og somatisk/psykiatrisk komorbiditet. I denne model er der foretaget reduktion af alle variabler i modellen i modsætning til Tabel 8.5 og Tabel 8.6 indtil 5%-signifikansniveau i Wald-testen (se Kapitel 3), også omfattende reduktion af psykiatriske diagnoser og sygemeldingsdiagnoser. Samme langtidssygemeldte kan forekomme i flere af sygemeldingsdiagnoserne. Tabellen viser, at psykiatriske diagnoser har en relativt stor score på PCS, idet alle har signifikant positive koefficienter, hvorimod udelukkende somatoform lidelse har en ikke-signifikant lav koefficient. For somatiske organdiagnoser findes lave koefficienter for alle diagnoser. At de øvrige somatiske organdiagnoser ikke er med i modellen kan skyldes, at disse forekommer med få langtidssygemeldte i materialet, hvorfor de ikke viser signifikans, men ved sammenligning med Tabel 8.5 ses, at de ikke indgående sygemeldingsdiagnoser også der havde relativt højere livskvalitet end de øvrige diagnoser, der indgår i denne model. Med hensyn til patologidiagnoser har somatisk symptomdiagnose en signifikant lav koefficient. Den eneste betydende sociodemografiske variabel er alder under 50 år.

Tabellerne 8.4-8.7 viser den relative betydning for den fysiske komponent, PCS, af de indgående variabler i en population af langtidssygemeldte. Her kan det ikke undre, at en psykiatrisk diagnose medfører en relativt bedre fysisk livskvalitet end en somatisk diagnose. Det er interessant at sammenholde disse resultater med resultater for normalbefolkningen. Gennemsnitsværdien for PCS i normalbefolkningen er 51,18 [84]. Tager man udgangspunkt i konstanten i modellerne og dertil lægger koefficienten for en specifik lidelse eller et socialt karakteristikum, kan man sammenholde denne værdi med normalbefolkningen. Her vil man se, at den fysiske livskvalitet er væsentligt lavere for alle somatiske lidelser end i normalbefolkningen. De psykiske lidelser har alle relativt højere livskvalitet end de somatiske lidelser, men de fleste psykiske lidelser har alligevel en fysisk livskvalitet, der ligger under normalværdien for befolkningen, bortset fra angst og i nogen grad moderat/svær depression. Let depression, anden psykiatrisk diagnose uden

komorbiditet, psykiatrisk komorbiditet og især somatoform lidelse har derimod en fysisk livskvalitet, der ligger under normalbefolkningens. At let depression har lavere fysisk livskvalitet end moderat/svær depression antyder, at let depression adskiller sig fra moderat/svær depression.

Tabel 8.8 viser resultaterne af en lineær regression af MCS for sociodemografiske variabler og DREAM-variabler. I modellen er der interaktion mellem variablerne køn og beskæftigelse (plus/minus arbejdsløshed), hvorfor variablerne for disse to variabler er opsplittet i fire grupper med en mand i arbejde på sygemeldingstidspunktet som reference. Tabellen viser, at øvrige overførselsindkomster året før, førtidspension, fleksjob og kvinde i arbejde har signifikant lavere MCS-score end deres referencer. Sygemelding fra arbejde på deltid, samboende og faglært har signifikant højere MCS-score end deres referencer.

Tabel 8.9 viser resultaterne af en vægtet logistisk regression af MCS over for psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse og sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser) kontrolleret for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og somatisk/psykiatrisk komorbiditet. Samme langtidssygemeldte kan forekomme under flere diagnosegrupper. For de psykiatriske diagnoser er MCS signifikant lavere for alle grupper på nær for udelukkende somatoform lidelse og udelukkende anden psykiatrisk diagnose. MCS er markant lavere for komorbiditet mellem angst og depression med en koefficient på -17,9, andre psykiatriske diagnoser med psykiatrisk komorbiditet med en koefficient på -17,1 og moderat til svær depression med en koefficient på -16,7. Dette kan ikke undre, idet der er tale om den psykiske komponent. For somatiske sygemeldingsdiagnoser er koefficienterne relativt mindre for nogle lidelser og relativt større for andre, men kun signifikant mindre for øjenlidelser. Førtidspension markerer sig i denne model med meget lav livskvalitet. Koefficienterne for øjenlidelser og førtidspension skal tolkes med varsomhed, idet analysen for begge bygger på to langtidssygemeldte.

Tabel 8.10 viser resultaterne af en vægtet lineær regression af MCS over for psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse og sygemeldingsdiagnoser (patologidiagnoser) kontrolleret for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og somatisk/psykiatrisk komorbiditet. Samme langtidssygemeldte kan forekomme under flere diagnosegrupper. De psykiatriske diagnoser fordeler sig stort set som i Tabel 8.9, under hensyntagen til forskellige konstanter. For de somatiske patologidiagnoser forekommer de mest markante og signifikante koefficienter for somatisk symptomdiagnose og anden specifik lidelse. Skader ligger på niveau med disse to lidelser, men værdien er ikke-signifikant.

Table 8.5 Lineær regression med PCS som afhængig variabel og psykiatriske diagnoser fra psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, sygdomsdiagnoser (organ-diagnoser), somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) som uafhængige variabler med 95%-sikkerhedsgrænser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Diagnoser ved psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	
Ingen komorbiditet	
Depression, let	2,1 (-1,1 – 5,2)
Depression, moderat og svær	3,2 (0,0 – 6,4)
Angst	8,2 (2,6 – 13,9)
Somatoform lidelse*	-6,5 (-15,7 – 2,7)
Andre	1,2 (-4,7 – 7,1)
Komorbiditet	
Depression + angst	0,9 (-3,6 – 5,4)
Depression + somatoform lidelse	-1,9 (-5,3 – 1,4)
Andre	0,9 (-3,0 – 4,8)
Sygemeldingsdiagnoser, ICPC	
A - Alment/uspecificeret	-6,0 (-13,5 – 1,6)
B - Blod/lymfe*	-4,5 (-20,3 – 11,3)
D - Fordøjelsesorganer	-14,4 (-18,6 – -10,2)
F - Øje*	-2,3 (-5,1 – 0,4)
H - Øre*	-
K - Hjerter-kar	-6,6 (-10,8 – -2,5)
L - Muskuloskeletal	-15,6 (-18,6 – -12,5)
N - Nervesystem	-11,2 (-15,8 – -6,6)
R - Luftveje	-11,5 (-18,3 – -4,8)
S - Hud*	-5,2 (-14,1 – 3,6)
T - Endokrin/metabolisk*	-5,6 (-9,8 – -1,4)
U - Urinveje*	2,3 (-10,0 – 14,5)
X - Kvindelige kønsorganer*	-10,9 (-14,9 – -6,8)
Y - Mandlige kønsorganer*	-4,5 (-23,1 – 14,1)
Z - Sociale forhold*	-2,4 (-11,3 – 6,5)
Sociodemografiske variabler og overførselsindkomst	
Ledighed 40-52 uger året før	-4,4 (-8,3 – -0,5)
Alene folkeskole/under 50 år	4,3 (0,8 – 7,7)
Alene folkeskole/50 år +	2,5 (-0,9 – 6,0)
Over folkeskole/under 50 år	5,0 (1,3 – 8,7)
Konstant	44,4 (40,4 – 48,3)

*) Under 10 cases

Variabel	Regressionskoefficient
Diagnoser ved psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	
Ingen komorbiditet	
Depression, let	13,7 (6,1 – 21,3)
Depression, moderat og svær	15,0 (7,5 – 22,5)
Angst	18,3 (9,4 – 27,2)
Somatoform lidelse*	7,7 (-2,8 – 18,2)
Andre	12,6 (3,6 – 21,7)
Komorbiditet	
Depression + angst	13,7 (5,6 – 21,7)
Depression + somatoform lidelse	11,0 (3,1 – 18,8)
Andre	11,7 (4,1 – 19,4)
Sygemeldingsdiagnoser, ICPC	
Somatisk symptom	-6,7 (-13,6 – 0,2)
Infektionssygdom*	-0,8 (-9,5 – 7,9)
Neoplasme	1,8 (-6,3 – 9,9)
Skade	-3,0 (-10,2 – 4,1)
Medfødt misdannelse*	-4,5 (-13,6 – 4,6)
Anden specifik medicinsk lidelse	-1,3 (-7,8 – 5,2)
Alder under 50 år	2,4 (0,3 – 4,5)
Somatisk/psykisk komorbiditet	-10,9 (-18,3 – -3,4)
Konstant	35,1 (28,1 – 42,2)

*) Under 10 cases

Tabel 8.6 Lineær regression med PCS som afhængig variabel og psykiatriske diagnoser, sygemeldingsdiagnoser (patologidiagnoser), somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sociodemografiske variable og DREAM-variable (overførselsindkomst) som uafhængige variable med 95%-sikkerhedsgrenser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Diagnoser ved psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	
Ingen komorbiditet	
Depression, let	3,6 (0,5 – 6,6)
Depression, moderat og svær	6,2 (3,2 – 9,2)
Angst	8,3 (3,8 – 12,9)
Somatoform lidelse*	-4,4 (-13,2 – 4,4)
Andre	2,7 (-2,9 – 8,3)
Komorbiditet	
Depression + angst	3,9 (-0,8 – 8,7)
Depression + somatoform lidelse	0,5 (-2,9 – 3,9)
Andre	4,1 (0,5 – 7,7)
Sygemeldingsdiagnoser, ICPC	
D - Fordøjelsesorganer	-9,3 (-12,9 – -5,8)
L - Muskuloskeletal	-10,5 (-13,2 – -7,7)
N - Nervesystem	-7,7 (-11,8 – -3,6)
R - Luftveje	-7,0 (-12,8 – -1,1)
T - Endokrin/metabolisk	-5,0 (-8,6 – -1,5)
Somatisk symptom	-3,7 (-6,4 – -1,1)
Alder under 50 år	2,9 (1,0 – 4,9)
Konstant	41,3 (38,8 – 43,8)

*) Under 10 cases

Tabel 8.7 Lineær regression med PCS som afhængig variabel og psykiatriske diagnoser, sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser og patologidiagnoser), somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) som uafhængige variabler, reduceret til signifikant niveau for psykiatriske diagnoser og sygemeldingsdiagnoser med 95%-sikkerhedsgrænser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Øvrig overførselsindkomst året før	-5,1 (-8,5 – -1,8)
Førtidspension*	-18,5 (-33,1 – -3,9)
Deltid	2,9 (0,3 – 5,5)
Samboende	4,3 (2,1 – 6,5)
Selvstændig/medhjælpende	3,5 (-0,2 – 7,3)
Funktionær/tjenestemand	-2,0 (-4,3 – 0,3)
Faglært	4,5 (1,2 – 7,8)
Fleksjob	-5,0 (-9,9 – -0,1)
Andet erhverv	1,5 (-3,9 – 7,0)
Kvinde/arbejdsløs	-0,4 (-4,4 – 3,5)
Kvinde/i arbejde	-3,4 (-5,6 – -1,3)
Mand/arbejdsløs	-3,6 (-8,0 – 0,8)
Konstant	42,7 (40,1 – 45,3)

*) Under 10 cases

Tabel 8.8 Lineær regression med MCS som afhængig variabel og sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) som uafhængige variabler med 95%-sikkerhedsgrænser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Diagnoser ved psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	
Ingen komorbiditet	
Depression, let	-9,4 (-15,4 – -3,5)
Depression, moderat og svær	-16,7 (-20,8 – -12,7)
Angst	-10,4 (-20,4 – -0,3)
Somatoform lidelse*	-3,9 (-14,9 – 7,0)
Andre	-4,3 (-10,2 – 1,7)
Komorbiditet	
Depression + angst	-17,9 (-23,4 – -12,3)
Depression + somatoform lidelse	-9,9 (-15,4 – -4,5)
Andre	-17,1 (-21,5 – -12,7)
Sygemeldingsdiagnoser, ICPC	
A - Alment/uspecificeret	-2,3 (-9,3 – 4,8)
B - Blod/lymfe*	3,9 (-4,0 – 11,7)
D - Fordøjelsesorganer	-1,4 (-7,0 – 4,2)
F - Øje*	-11,6 (-14,4 – -8,7)
H - Øre*	-
K - Hjerte-kar	5,2 (-0,3 – 10,7)
L - Muskuloskeletal	9,5 (5,7 – 13,2)
N - Nervesystem	0,6 (-4,1 – 5,2)
R - Luftveje	1,0 (-4,8 – 6,8)
S - Hud	15,1 (10,3 – 19,9)
T - Endokrin/metabolisk*	-1,5 (-10,4 – 7,3)
U - Urinveje*	-1,2 (-20,6 – 18,2)
X - Kvindelige kønsorganer*	6,5 (0,8 – 12,1)
Y - Mandlige kønsorganer*	11,7 (-1,3 – 24,8)
Z - Sociale forhold*	-4,9 (-19,6 – 9,8)
Førtidspension*	-17,8 (-22,7 – -12,9)
Konstant	44,7 (40,8 – 48,5)

*) Under 10 cases

Tabel 8.9 Lineær regression med MCS som afhængig variabel og psykiatriske diagnoser, sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser), somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sociodemografiske variable og DREAM-variable (overførselsindkomst) som uafhængige variable med 95%-sikkerhedsgrenser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Diagnoser ved psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	
Ingen komorbiditet	
Depression, let	-11,4 (-17,7 – -5,0)
Depression, moderat og svær	-19,8 (-23,8 – -15,8)
Angst	-13,1 (-23,4 – -2,8)
Somatoform lidelse*	-7,8 (-19,1 – 3,4)
Andre	-6,8 (-13,2 – -0,5)
Komorbiditet	
Depression + angst	-20,4 (-26,2 – -14,5)
Depression + somatoform lidelse	-11,2 (-17,5 – -4,9)
Andre	-18,8 (-23,1 – -14,4)
Sygemeldingsdiagnoser, ICPC	
Organisk symptom	5,7 (1,0 – 10,3)
Infektionssygdom*	-7,6 (-16,3 – 1,0)
Neoplasme	3,2 (-1,5 – 8,0)
Skade	5,2 (-0,8 – 11,2)
Medfødt misdannelse*	1,5 (-3,4 – 6,4)
Anden specifik medicinsk lidelse	5,4 (1,9 – 8,9)
Førtidspension	-21,6 (-27,2 – -16,1)
Konstant	47,5 (43,6 – 51,5)

*) Under 10 cases

Tabel 8.10 Lineær regression med MCS som afhængig variabel og psykiatriske diagnoser fra psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, sygemeldingsdiagnoser (patologidiagnoser), somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) som uafhængige variabler med 95%-sikkerhedsgrænser for screeningsgruppen

Variabel	Regressionskoefficient
Diagnoser ved psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	
Ingen komorbiditet	
Depression, let	-10,2 (-15,8 – -4,6)
Depression, moderat og svær	-17,9 (-21,7 – -14,2)
Angst	-11,8 (-21,5 – -2,1)
Somatoform lidelse*	-5,1 (-15,4 – 5,1)
Andre	-4,9 (-10,8 – 1,0)
Komorbiditet	
Depression + angst	-18,6 (-24,2 – -13,0)
Depression + somatoform lidelse	-11,9 (-18,2 – -5,7)
Andre	-18,1 (-22,3 – -14,0)
Muskuloskeletal lidelse	8,0 (4,8 – 11,2)
Konstant	46,4 (43,5 – 49,4)

*) Under 10 cases

Tabel 8.11 Lineær regression med MCS som afhængig variabel og psykiatriske diagnoser, sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser og patologidiagnoser), somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sociodemografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) som uafhængige variabler, reduceret til signifikant niveau for psykiatriske diagnoser og sygemeldingsdiagnoser med 95%-sikkerhedsgrænser for screeningsgruppen

Tabel 8.11 viser resultaterne af en vægtet lineær regression af MCS over for psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse og sygdomsdiagnoser (organ-diagnoser og patologidiagnoser) kontrolleret for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler og somatisk/psykiatrisk komorbiditet. I denne model i modsætning til Tabel 8.9 og Tabel 8.10 er der foretaget reduktion af alle variabler i modellen til 5%-signifikansniveau i Wald-testen (se Kapitel 3), også omfattende reduktion af psykiatriske diagnoser og sygdomsdiagnoser. Denne tabel viser, at de betydende faktorer for den psykiske komponent, MCS, er de psykiatriske diagnoser med lave koefficienter samt en signifikant høj koefficient for muskuloskeletal lidelse.

Tabellerne 8.8-8.11 viser den relative betydning for den psykiske komponent, MCS, af de indgående variabler i en population af langtidssygemeldte. Her kan det ikke undre, at somatiske lidelser har en relativt bedre livskvalitet end psykiske lidelser. Sammenholdes konstant og koefficienter på samme måde som i Tabel 8.4-8.7 med normalbefolkningen, er gennemsnitsværdien for MCS i normalbefolkningen 54,00 [84]. Her vil det fremgå, at den psykiske livskvalitet er væsentligt lavere for alle psykiatriske diagnoser, men også, at de fleste somatiske lidelser har en lav psykisk livskvalitet, på nær muskuloskeletal lidelse, som udgør en stor gruppe.

8.2 Sammenfatning

- ▶ Livskvaliteten hos langtidssygemeldte er på alle skalaer i SF-36 signifikant lavere end livskvaliteten i normalbefolkningen. Reduktionen varierer fra 18,9% for GH – Alment helbred til 72,4% for skalaen RP – Begrænsninger - fysisk betinget. Den betydeligt lavere score i sidstnævnte i forhold til normalbefolkningen skyldes, at denne skala omfatter evnen til at varetage et arbejde, og at manglende evne til dette netop var et kriterium for at indgå i undersøgelsen i form af kontinuerlig sygdomsdiagnose over otte uger. Den næststørste reduktion i livskvalitet i forhold til normalbefolkningen forekommer for skalaen RP – Begrænsninger - psykisk betinget med et fald på 44,1%.
- ▶ Når der i herværende delundersøgelse tales om høj eller lav livskvalitet, skal dette forstås relativt i forhold til herværende materiales gennemsnit, da der i alle tilfælde, hvis ikke andet er nævnt, er tale om lavere livskvalitet end for normalbefolkningen.
- ▶ Reduktionen i livskvalitet, både fysisk og psykisk, forekommer i alle aldersgrupper, bortset fra aldersgruppen 65-74 år, hvilket hænger sammen med, at langtidssygemeldte, der kan gå på sygdomsdiagnose fra et arbejde efter at have overskredet folkepensionsalderen, må antages forud for sygdomsdiagnosen at have haft særlig høj livskvalitet.
- ▶ Multivariable lineære regressioner for den fysiske komponent, PCS, viser, at følgende faktorer har særlig risiko for lav fysisk livskvalitet: Ledighed i 40-52 uger året forud for indeks-sygemeldingen, sygdomsdiagnose fra fleksjob, somatisk/psykiatrisk komorbiditet, lidelser i fordøjelsesorganer, muskuloskeletal lidelse, lidelser i nervesystemet, luftveje og endokrine organer samt somatisk symptomdiagnose. Der er en ikke-signifikant tendens til lav livskvalitet for den fysiske komponent, PCS, for langtidssygemeldte med udelukkende somatoform lidelse. Karakteristika for langtidssygemeldte med høj fysisk livskvalitet er: Langtidssygemeldt under 50 år med skoleuddannelse over folkeskole samt for langtidssygemeldt med psykiatrisk diagnose. Nogle somatiske diagnoser kan være udgået af modellen på grund af et lavt antal langtidssygemeldte for visse organgrupper, medførende manglende signifikans ved regressionsanalysen.
- ▶ Multivariable lineære regressioner for den psykiske komponent, MCS, viser, at følgende faktorer har særlig risiko for lav psykisk livskvalitet: Øvrige overførselsindkomster året forud for indeks-sygemeldingen, førtidspension, fleksjob, kvinder i arbejde, psykiatrisk diagnose og især psykiatrisk komorbiditet. Relativt høj psykisk livskvalitet forekommer for: Deltidsarbejde, samboende, faglært og somatisk symptomdiagnose.
- ▶ Det kan ikke undre, at somatiske lidelser især har lav livskvalitet for den fysiske komponent og psykiske lidelser for den psykiske komponent. Imidlertid har langtidssygemeldte med psykiatrisk diagnose også lav fysisk livskvalitet, med undtagelse af langtidssygemeldte med angst. Endvidere har langtidssygemeldte med somatisk lidelse lav psykisk livskvalitet, med undtagelse af langtidssygemeldte med muskuloskeletal lidelse og enkelte andre sjældnere forekommende somatiske lidelser.
- ▶ En multivariabel model inddragende samtlige variabler viser, at de eneste betydende faktorer for psykisk livskvalitet er psykiatriske diagnoser med lav livskvalitet og muskuloskeletal lidelse med høj livskvalitet.
- ▶ Somatisk/psykiatrisk komorbiditet har stor betydning for nedsat fysisk livskvalitet for somatisk lidelse.
- ▶ Diagnosen let depression viser lavere fysisk livskvalitet end moderat/svær depression, hvilket er i overensstemmelse med, at let depression har en hyppighed af somatisk komorbiditet på 75,4%, hvorimod dette kun er tilfældet for 40,1% for diagnosen moderat/svær depression.

9. Opfølgning efter et år

Herværende undersøgelse omfatter en intervention, hvor formålet er at undersøge, om en tidlig psykiatrisk undersøgelse i et sygemeldingsforløb vil opdage psykiske lidelser, som er uopdagede for arbejdsmarkedsafdelingerne i kommunerne. Det er hypotesen, at kendskab til den langtidssygemeldtes psykiske tilstand vil føre til mere optimal behandling og dermed hurtigere bedring af tilstanden. Formålet med herværende delundersøgelse er at undersøge, om dette er tilfældet, via en undersøgelse af ændring i symptomscorer og scores for livskvalitet over tid. Det er imidlertid et naturligt og velkendt fænomen, at patienter søger behandling eller bliver sygemeldt på et tidspunkt, hvor deres sygdom kulminerer, hvorfor der gennemsnitligt set må forventes at indtræde en bedring i tilstanden over tid uden intervention [261]. En afgørelse af om interventionen har effekt på disse parametre afgøres bedst via en randomiseret kontrolleret undersøgelse, som er temaet for herværende delundersøgelse.

Formål

Formålet med herværende delundersøgelse er at undersøge, om interventionen omtalt i Kapitel 3 har nogen effekt, som ligger ud over den spontane ændring i symptomscorer og livskvalitet over tid, i en randomiseret kontrolleret undersøgelse. De specifikke mål for delundersøgelsen er at undersøge

- ▶ udviklingen i symptomscorer målt med CMD-SQ og livskvalitet målt med SF-36 over et år
- ▶ om der er forskel i udvikling af symptomscorer og livskvalitet over et år mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen
- ▶ om der er forskel i udvikling af symptomscorer og livskvalitet mellem forskellige værdier af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser og psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske undersøgelse
- ▶ om der er forskel i udvikling af symptomscorer og livskvalitet for somatiske og psykiske lidelser uden komorbiditet samt ved komorbiditet, såvel psykiatrisk komorbiditet som somatisk/psykiatrisk komorbiditet.

Studiepopulation

Datamaterialet tager sit udgangspunkt i RCT-gruppen, hvor der indgår 844 langtidssygemeldte. Til disse blev der et år efter udsendelse af Spørgeskema-1 udsendt Spørgeskema-2. I alt besvarede 691 langtidssygemeldte i RCT-gruppen Spørgeskema-2. For analyser af psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse og komorbiditet er anvendt gruppen på 337 langtidssygemeldte, der har gennemgået en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, uden vægtning,

og denne gruppe indeholder otte langtidssygemeldte, som ikke indgår i RCT-gruppen. For denne gruppe er der foretaget sammenligninger mellem diagnosegrupperne. De anvendte grupper for delundersøgelsen er RCT-gruppen og Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen, nærmere beskrevet i Kapitel 3.

Data

Effektmålene i denne analyse er symptomscorer, dvs. sumscorer af symptomer i CMD-SQ og scores på skalaer i SF-36. Der er for symptomscorer i CMD-SQ anvendt sumscorer og ikke skala-scores, idet der ved anvendelse af skala-scores kan forekomme ændringer i scores, som ikke vil blive opfanget. Eksempelvis vil item-scores på 1, 2, 3 og 4 i CMD-SQ alle få værdien 1 ved anvendelse af skala-scores, idet skala-scores i CMD-SQ er dikotomiseret mellem 0 og 1. Mange ændringer i symptomscore vil derved ikke blive opfanget ved anvendelse af skala-scores. Som uafhængige variabler anvendes sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser (ICPC-diagnoser) og psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse (ICD-10-diagnoser).

Det skal pointeres, at **før-værdier** er udregnet for alle i RCT-gruppen, mens **efter-værdier** kun kan udregnes for Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen. **Ændring i procent over tid** er udregnet som den procentuelle ændring af den gennemsnitlige efter-værdi i forhold til den gennemsnitlige før-værdi. Dette kan være en ulig sammenligning af middelværdier, da der forekommer et differentieret bortfald fra RCT-gruppen i forhold til langtidssygemeldte, der har besvaret Spørgeskema-2. Ved denne fremgangsmåde fremstilles de gennemsnitlige værdier for hele RCT-gruppen. Som en konsekvens af dette kan gennemsnitlige ændringer for interventionsgruppen og kontrolgruppen ikke udregnes som gennemsnit af de anførte værdier. **Signifikansen for ændring over tid og mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen** er kun udregnet for langtidssygemeldte fra RCT-gruppen, der har besvaret både Spørgeskema-1 og Spørgeskema-2. Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen, og derved analyseres den reelle ændring over tid. Det differentierede bortfald analyseres nærmere i Kapitel 11.

Statistik og analyser

Ved udregning af forskelle i gennemsnitlige scores mellem Spørgeskema-1 og Spørgeskema-2 er anvendt funktionen OLAP Cubes i SPSS 14.0, og til udregning af signifikans over tid og i forskelle mellem grupper er anvendt funktionen repeated measures analysis of variance, også i SPSS 14.0 [252]. Ved udregning af signifikans i forskelle i forhold til normalpopulatio-

nen for langtidssygemeldte, der har besvaret Spørgeskema-2, er anvendt Wilcoxons simple fortegnstest i STATA 7.0 [251].

9.1 Resultater

Tablet 9.1 viser gennemsnit af sum-scores for CMD-SQ og skalaer afledt af CMD-SQ fordelt på kontrolgruppen før og efter, interventionsgruppen før og efter samt ændring i skalagennemsnit over tid for de to grupper med angivelse af signifikansniveau for ændringer over tid for begge grupper sammenlagt (først anførte signifikansværdi – over tid p) og forskel i ændring over tid imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen (anden anførte signifikansværdi – mellem de to grupper p). Totalt er det gennemsnitlige fald i score for kontrolgruppen og interventionsgruppen sammenlagt på 10,2% (ikke anført i tabellen) ($p = 0,000$ over tid). Dette fordeler sig med 10,0% for kontrolgruppen og 10,6% for interventionsgruppen ($p = 0,199$ mellem de to grupper). For de øvrige skalaer på nær CAGE er der totalt set også signifikante fald for alle skalaer over tid ($p = 0,000$). For CAGE findes sammenlagt for kontrolgruppen og interventionsgruppen en gennemsnitlig stigning på 2,8% ($p = 0,516$). Faldene ligger mellem 3,2% for CAGE og 14,8% for SCL-8 i kontrolgruppen. I interventionsgruppen findes fald mellem 8,5% for SCL-SOM og 16,1% for SCL-8. For CAGE er der en stigning på 9,6% i interventionsgruppen. Der er signifikant større fald i score i interventionsgruppen for skalaerne SCL-SOM, Whiteley-7, SCL-ANX4 og SCL-8, mens der er et signifikant større fald for SCL-DEP6 i kontrolgruppen.

Tablet 9.2 viser skalagennemsnit for skalaer i SF-36 fordelt på kontrolgruppen før og efter, interventionsgruppen før og efter

samt ændring i skalagennemsnit over tid for de to grupper med angivelse af signifikansniveau for ændringer over tid for de to grupper sammenlagt (først anførte signifikansværdi – over tid p) og forskel i ændring over tid imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen (anden anførte signifikansværdi – mellem de to grupper p). Tabellen viser signifikante stigninger for samtlige skalaer over tid, mest udtalt for RP – Begrænsninger – fysisk betinget med 166,3% i kontrolgruppen og 170,5% i interventionsgruppen samt mindst for GH – Alment helbred med 2,2% i kontrolgruppen og 7,6% i interventionsgruppen. RP – Begrænsninger – fysisk betinget er steget markant, eftersom alle var sygemeldte, da de indgik i undersøgelsen, men hvor flere er raskmeldte ved opfølgningen. Det bemærkes også, at der er indtruffet en væsentlig stigning på RE – Begrænsninger – psykisk betinget med 64,7% i kontrolgruppen og 65,1% i interventionsgruppen. De eneste skalaer, der viser signifikante forskelle mellem grupperne, er BP – Fysisk smerte ($p = 0,045$) og GH – Alment helbred ($p = 0,031$), begge med relativt større stigninger i interventionsgruppen. Generelt er der større stigninger i interventionsgruppen for alle skalaer undtagen SF – Social funktion og på grænsen til signifikans for den fysiske komponent, PCS, og VT – Energi. HT – Ændringer i alment helbred, indgår ikke i de samlede scores for livskvalitet, men er en separat skala for ændring i alment helbred inden for det sidste år forud for udfyldelsen af skemaet. En lav score angiver bedring i forhold til for et år siden og en høj score forværring. Score for efter-værdien er 2,5 for kontrolgruppen og 2,4 for interventionsgruppen, et fald på 33,1% i kontrolgruppen og 32,8% i interventionsgruppen ($p = 0,802$), hvilket betyder, at de to grupper gennemsnitligt har oplevet samme ændring på dette mål i løbet af det år, som er forløbet under undersøgelsen.

Tablet 9.1 Skalagennemsnit for CMD-SQ og skalaer i CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen - ændringer over tid med angivelse af signifikans over tid og mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen

Skala CMD-SQ	Kontrolgruppen			Interventionsgruppen			Over tid	Mellem de to grupper
	Før	Efter	Ændring i %	Før	Efter	Ændring i %	p	p
CMD-SQ	72,1	65,0	-10,0	69,7	62,3	-10,6	0,000	0,199
SOM-WHI	40,3	37,1	-8,0	39,2	35,1	-10,4	0,000	0,111
SCL-8AD	27,3	23,5	-14,0	26,3	22,6	-14,1	0,000	0,233
SCL-SOM	25,6	24,4	-4,8	25,3	23,1	-8,5	0,000	0,006
Whiteley-7	14,7	12,7	-13,4	14,0	12,0	-13,8	0,000	0,000
SCL-ANX4	8,5	7,4	-13,5	8,3	7,1	-14,9	0,000	0,008
SCL-8	18,2	15,5	-14,8	17,6	14,8	-16,1	0,000	0,004
SCL-DEP6	12,0	10,3	-14,2	11,4	10,0	-12,9	0,000	0,039
CAGE	4,5	4,4	-3,2	4,2	4,6	9,6	0,516	0,693

Tabel 9.2 Skalagennemsnit for skalaer i SF-36 ved indgang i undersøgelsen - ændringer over tid og mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen

Skala SF-36	Kontrolgruppen			Interventionsgruppen			Over tid	Mellem de to grupper
	Før	Efter	Ændring i %	Før	Efter	Ændring i %	p	p
MCS	40,9	48,1	17,6	41,3	48,8	18,2	0,000	0,184
PCS	39,2	42,4	8,1	39,1	43,9	12,0	0,000	0,077
PF	68,8	75,2	9,3	68,8	77,4	12,5	0,000	0,176
RP	18,9	50,4	166,3	21,2	57,3	170,5	0,000	0,268
BP	47,9	58,5	22,3	47,8	62,6	30,9	0,000	0,045
GH	57,5	58,8	2,2	56,4	60,7	7,6	0,013	0,031
VT	40,8	52,7	29,2	40,7	54,4	33,6	0,000	0,075
SF	63,6	77,1	21,3	64,7	78,0	20,5	0,000	0,424
RE	41,7	68,7	64,7	43,0	71,0	65,1	0,000	0,447
MH	58,4	69,6	19,2	59,5	72,4	21,7	0,000	0,070
HT	3,7	2,5	-33,1	3,6	2,4	-32,8	0,000	0,802

Signaturforklaring til skalaer i SF-36

MCS	Psykisk komponent
PCS	Fysisk komponent
PF	Fysisk funktion
RP	Begrænsninger - fysisk betinget
BP	Fysisk smerte
GH	Alment helbred
VT	Energi
SF	Social funktion
RE	Begrænsninger - psykisk betinget
MH	Psykisk velbefindende
HT	Ændringer i alment helbred

Med hensyn til livskvalitet for før-værdierne på SF-36 er alle signifikant nedsatte i forhold til gennemsnittene for en dansk normalbefolkning. Der henvises til en nærmere beskrivelse for screeningsgruppen i Figur 8.1 i Kapitel 8. Før-værdierne i herværende delundersøgelse er for RCT-gruppen og efter-værdierne for den delmængde af langtidssygemeldte i RCT-gruppen, der udfyldte Spørgeskema-2, Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen. Der forekommer et differentieret bortfald i forhold til opfølgning af RCT-gruppen i retning af, at diagnoserne angst og depression er relativt mere repræsenteret i den deltagende gruppe end i bortfaldsgruppen (Bortfald-2), samt at langtidssygemeldte, der alene har en folkeskoleuddannelse, er mindre repræsenteret blandt deltagende (se Kapitel 11). Her skal kun omtales efter-værdierne. De gennemsnitlige efter-værdier ligger for alle skalaer signifikant under gennemsnitlige værdier for en dansk normalbefolkning, mest nedsat med 38,8% for RP – Begrænsninger – fysisk betinget, næstmest for BP – Fysisk smerte med 26,2% og mindst for den psykiske komponent, MCS, med 11,8%. Grunden til, at RP – Begrænsninger – fysisk betinget er så markant nedsat i efter-værdien, er, at nogle i gruppen fortsat er sygemeldte.

Der er foretaget bivariable analyser, hvor det er undersøgt, om der er forskel i udvikling over tid afhængig af værdier af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser, psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, psykiatriske komorbiditet og somatisk/psykiatriske komorbiditet. Der er tale om et stort tabelmateriale, og resultaterne viser relativt få betydende forskelle, hvorfor resultaterne er henlagt til Bilag 9.1-9.7. Her vil kun i summarisk form blive omtalt de betydende forskelle. Som reference for procentuelt fald udgør faldet for alle i CMD-SQ gennemsnitligt 10,2% og stigningen for alle i PCS gennemsnitligt 10,0% og for MCS gennemsnitligt 17,9%.

Faktorer der medfører signifikant mindre fald i symptomscore på CMD-SQ:

- ▶ Alene folkeskole med over folkeskole som reference
- ▶ Ikke i arbejde med fuldtid som reference
- ▶ Muskuloskeletal lidelse med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Skade med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference

Faktorer der medfører signifikant større fald i symptomscore på CMD-SQ:

- ▶ Faglært uddannelse med ufaglært som reference
- ▶ Videregående kort uddannelse med ufaglært som reference
- ▶ Psykiatriske sygemeldingsdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Sygemeldingsdiagnose med lidelse i luftveje med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Specifik psykiatriske sygemeldingsdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference

- ▶ Psykiatriske komorbiditet generelt med ingen psykiatriske diagnose som reference
- ▶ Komorbiditet: Kun specifik somatisk diagnose/angstdiagnose med ingen psykiatriske diagnose som reference

Faktorer der medfører signifikant større stigning i PCS-score:

- ▶ Ingen overførselsindkomst året før med alle typer overførselsindkomst som reference
- ▶ Sygdomme i fordøjelsesorganer med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Muskuloskeletal lidelse med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Sygdomme i kvindelige kønsorganer med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Neoplasmer (svulster) med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Skader med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Komorbiditet: Kun specifik somatisk diagnose/angstdiagnose med ingen psykiatriske diagnose som reference

Faktorer der medfører signifikant mindre stigning i PCS-score:

- ▶ Modtaget sygedagpenge året før med ingen og øvrige overførselsindkomster som reference
- ▶ Sygdomme i nervesystemet med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Psykiatriske sygemeldingsdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Psykiatriske symptomdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Specifik psykiatriske sygemeldingsdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Sygemeldingsdiagnose pga. sociale forhold med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Moderat til svær depression med langtidssygemeldte uden psykisk lidelse som reference

Faktorer der medfører signifikant større stigning i MCS-score:

- ▶ Videregående kort uddannelse med ufaglært som reference
- ▶ Førtidspension med øvrige overførselsindkomster som reference
- ▶ Moderat/svær depression med ingen psykiatriske diagnose som reference
- ▶ Psykiatriske sygemeldingsdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Specifik psykiatriske sygemeldingsdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Psykiatriske symptomdiagnoser med øvrige sygemeldingsdiagnoser som reference
- ▶ Moderat/svær depression med langtidssygemeldte uden psykisk lidelse som reference

Faktorer der medfører signifikant mindre stigning i MCS-score:

- ▶ Ikke i arbejde med fuldtid som reference
- ▶ Muskuloskeletal lidelse med øvrige sygdomsdiagnoser som reference
- ▶ Skade med øvrige sygdomsdiagnoser som reference
- ▶ Somatisk symptomdiagnose med øvrige sygdomsdiagnoser som reference
- ▶ Anden specifik lidelse med øvrige sygdomsdiagnoser som reference
- ▶ "Andre psykiatriske diagnoser" uden komorbiditet med ingen psykiatrisk diagnose som reference
- ▶ For den psykiske komponent, MCS, stiger psykiske lidelser mest, især for psykiatrisk komorbiditet og komorbiditet mellem somatiske og psykiske lidelser.
- ▶ For den fysiske komponent, PCS, ses størst stigning for visse somatiske lidelser.
- ▶ Der forekommer et differentieret bortfald i forhold til opfølgning af RCT-gruppen i retning af, at diagnoserne angst og depression er relativt mere repræsenteret i den deltagende gruppe end i bortfaldsgruppen (Bortfald-2), samt at langtidssygemeldte, der alene har en folkeskoleuddannelse, er mindre repræsenteret i den deltagende gruppe (se Kapitel 11).

9.2 Sammenfatning

- ▶ Symptomscores (sum-scores) i CMD-SQ falder i sin helhed signifikant med 10,2% over et år.
- ▶ Der er signifikante fald på samtlige skalaer afledt af CMD-SQ, på nær CAGE. For CAGE er der en mindre ikke-signifikant stigning i interventionsgruppen.
- ▶ På alle skaler (undtagen HT som ikke medregnes i score for livskvalitet) i SF-36 er der signifikante stigninger i livskvalitet over et år, mest for RP – Begrænsninger – fysisk betinget og mindst for GH – Alment helbred.
- ▶ Samtlige skalaer i SF-36 ligger i efter-værdierne signifikant under gennemsnittet for en dansk normalbefolkning, mest RP – Begrænsninger – fysisk betinget med en reduktion på 38,8% og mindst den psykiske komponent, MCS, med en reduktion på 11,8%.
- ▶ Faldene i symptomscores er signifikant større for end i kontrolgruppen skalaerne SCL-SOM, Whiteley-7, SCL-ANX4 og SCL-8 i interventionsgruppen. Der kan konkluderes at være en positiv effekt af interventionen på disse symptomscores. For SCL-DEP6 ses et signifikant større fald i kontrolgruppen.
- ▶ Der er ikke signifikante forskelle mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen i udviklingen over tid for de fleste skalaer i SF-36, bortset fra en signifikant større stigning i interventionsgruppen end i kontrolgruppen for skalaerne BP – Begrænsninger – fysisk betinget og GH – Alment helbred. Der kan konkluderes at være en positiv effekt af interventionen for disse områder i SF-36.
- ▶ Ikke i arbejde er den sociodemografiske variabel, der er associeret med mindst positiv udvikling over tid. Alene folkeskoleuddannelse og modtagelse af overførselsindkomst året før er også forbundet med mindre positiv udvikling, hvorimod kort videregående uddannelse, faglært uddannelse og ingen modtagelse af overførselsindkomst året før er associeret med positiv udvikling.
- ▶ Psykiske lidelser falder betydeligt i symptomscore, mest ved psykiatrisk komorbiditet samt komorbiditet mellem somatisk og psykisk lidelse.

10. Varighed af sygemeldinger

I Kapitel 1 og 2 under litteraturgennemgangen dokumenteres, at psykisk lidelse udgør en stor byrde for den sygemeldte selv og dennes pårørende. Psykiske lidelser har endvidere store samfundsøkonomiske omkostninger, og specielt når det gælder indirekte omkostninger som sygemelding [5]. Hertil kommer som dokumenteret tidligere i denne undersøgelse i Kapitel 5, at psykiske lidelser forekommer med en hyppighed på op mod 50% i en population af langtidssygemeldte, og at tilstedeværelsen af en psykisk lidelse ikke er oplyst i sygemeldingserklæringer i op mod halvdelen af disse tilfælde, hvad enten det skyldes, at de psykiske lidelser ikke er opdagede, eller det skyldes, at de ikke er rapporteret i sygemeldingsdiagnoserne afgivet i sygemeldingserklæringer til kommunen. Hypotesen bag herværende delundersøgelse er, at manglende kendskab til en psykisk lidelse vil have negative konsekvenser for arbejdsmarkedsafdelingerne i deres bestræbelser på rehabilitering af sygemeldte med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Det indgår i hypotesen, at tilstedeværelsen af en uopdaget depression, angstlidelse eller anden psykisk lidelse vil vanskeliggøre eller hindre en effektiv behandling og rehabilitering. Uden kendskab til en psykisk lidelse kan den sygemeldte blive sat i aktiviteter, som vedkommende ikke er i stand til at gennemføre, hvorfor aktiviteterne ikke fører til et positivt resultat med deraf følgende ressourcspild for kommunerne og ikke mindst et nyt nederlag for den sygemeldte, medførende yderligere forværring af tilstanden og manglende tro på, at det vil lykkes at komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Litteraturgennemgangen i Kapitel 2 belyser endvidere, at det langt fra er altid, at behandling og rehabilitering over for den sygemeldte har den ønskede effekt. Behandling og rehabilitering må selvfølgelig altid rette sig mod den specifikke lidelse, men forskningen peger også på, at andre aspekter som arbejdsmiljø, sundhedsvæsen, socialvæsen, stressende miljøfaktorer, personlighedsfaktorer, motivation, den sygemeldtes egen sygdomsopfattelse og forventninger til forløb af en sygdom er væsentlige aspekter ved rehabilitering med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Her er der tale om faktorer, der ikke er sygdomsspecifikke, men som kan være specifikke i forhold til ovennævnte faktorer. Der forskes i disse faktorer, men der er stadig behov for yderligere forskning, og selvom der opstår ny viden på området, er der stadig et stykke vej til, at denne viden implementeres i det praktiske arbejde.

Formål

Formålet med herværende undersøgelse er at undersøge, om der er effekt af en intervention i form af identifikation af uopdaget psykisk lidelse for langtidssygemeldte i kommunale

arbejdsmarkedsafdelinger med henblik på at fremme rehabiliteringsprocessen og nedbringe sygemeldingsvarigheden. Herværende undersøgelse er således en intervention, som dels er sygdomsspecifik, idet der diagnosticeres psykisk lidelse ved interventionen samt stilles forslag om behandling, og dels retter sig mod praksis i sundhedsvæsenet og socialvæsenet.

Undersøgelsens specifikke formål er i en randomiseret kontrolleret undersøgelse at undersøge:

- ▶ Vil en psykiatrisk undersøgelse efter screening for tilstedeværelse af en psykisk lidelse med efterfølgende specifik rådgivning til den langtidssygemeldtes praktiserende læge og arbejdsmarkedsafdelingen føre til en afkortning af sygemeldingsvarigheden?
- ▶ Kan der identificeres undergrupper, som er i særlig risiko for at udvikle et langvarigt sygemeldingsforløb?

Studiepopulation

Studiepopulationen omfatter 844 langtidssygemeldte, som udgør RCT-gruppen (se Kapitel 3). Efter randomisering indeholder interventionsgruppen 423 langtidssygemeldte og kontrolgruppen 421 langtidssygemeldte. Den lille forskel i antal mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen skyldes, at der blev randomiseret på kommuneniveau. Enkelte undersøgelser i dette kapitel vil blive foretaget på screeningsgruppen, Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen og Gruppe for deltagelse i den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, SCAN.

Langtidssygemeldte indgik i undersøgelsen, hvis det fra kommunen blev oplyst, at den langtidssygemeldte havde været kontinuerligt sygemeldt i over otte uger. Imidlertid har kommunen en latenstid på oplysninger fra borgeren eller arbejdsgiveren med hensyn til, hvornår en sygemeldt er gået i arbejde igen. Blandt de 844 inkluderede i den randomiserede kontrollerede undersøgelse forekom det for otte langtidssygemeldte, at sygemeldingsvarigheden reelt var under otte uger. I fem af disse tilfælde havde sygemeldingsvarigheden været mindst syv uger, og for de resterende tre fra 2,4 til 3,9 uger. Disse otte sygemeldte er udelukket af den herværende randomiserede kontrollerede undersøgelse.

Data

Denne delundersøgelse anvender data fra

- ▶ Spørgeskema-1 (sociodemografiske variabler, CMD-SQ og SF-36)
- ▶ DREAM-registret (overførselsindkomst året forud for indeks-sygemeldingen)
- ▶ Spørgeskema-2 (CMD-SQ og SF-36)
- ▶ Årsskema (oplysninger fra kommunerne om sygemeldingsdiagnoser, årsag til ophør af udbetaling af sygedagpenge og oplysninger om aktiviteter angående rehabilitering og afklaring i form af speciallægeerklæringer, generelle helbredsattester og erklæringer fra psykologer)

Intervention

Undersøgelsen er gennemført som en randomiseret kontrolleret undersøgelse efter screening af de langtidssygemeldte. For kriterier se Kapitel 3. Interventionen for interventionsgruppen i den randomiserede undersøgelse er en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse med anvendelse af SCAN, Present State Examination med rating af Present Episode inden for de sidste fire uger [165]. For hver undersøgt langtidssygemeldt blev der udarbejdet en **sammenfatning** af sygehistorien på niveau med en speciallægeundersøgelse, som i alle tilfælde blev tilsendt den langtidssygemeldtes praktiserende læge og arbejdsmarkedsafdelingen i kommunen, uanset om den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse mandede ud i en diagnose eller ej. I tilfælde af, at den langtidssygemeldte fik stillet en psykiatrisk diagnose, blev der i denne sammenfatning stillet forslag om fortsat behandling af tilstanden ud fra et psykiatrisk perspektiv, både i forhold til den praktiserende læges og i forhold til arbejdsmarkedsafdelingens fortsatte behandling af tilstanden. Der var tale om råd og forslag om behandling. Herværende delundersøgelse omfatter ingen undersøgelse af, i hvilken grad de afgivne råd er blevet fulgt. Undersøgelsen indeholder ikke nogen behandlingsintervention i psykiatrisk regi.

Statistik og analyser

Det gennemgående effektmål er raskmeldingsraten, antal raskmeldte/30.000 sygedage, ækvivalent med antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, målt ud fra varigheden af tidspunktet, hvor den langtidssygemeldte indgik i undersøgelsen, hvorfor dag 0 i analysen er defineret som dag 56 i sygemeldingsforløbet. Det afgørende kriterium for analyserne er raskmelding. Raskmelding kan defineres på flere måder, hvilket vil blive nærmere undersøgt i resultatafsnittets Tabel 10.2, hvor der bestemmes rater i forhold til flere definitioner af ophør af udbetaling af sygedagpenge. Raskmelding er det begreb, der anvendes i herværende sammenhæng, men er ikke nødvendigvis udtryk for, at den langtidssygemeldte er rask. I analyser ud over analyserne i Tabel 10.2 er definitionen af raskmelding, at raskmeldingen udtrykker tilbagevenden til normale arbejdsmarkedsvilkår.

Ud over effektmålet raskmeldingsrater er der i nogle analyser anvendt hyppighed af psykisk lidelse samt symptom-scores (sum-scores) i CMD-SQ og scores i SF-36 som effektmål.

I teksten forekommer angivelser af rater og hyppigheder af diagnoser, som ikke er anført i tabeller, hvorfor der ved effektmålet er anført 95%-sikkerhedsgrænser, angivet i parentes efter effektmålet.

Ved sammenligninger af årsag til ophør af udbetaling af sygedagpenge samt arbejdsfremmende aktiviteter i kommunen er anvendt Chi²-test for nominelle data. Ved udregning af rater for raskmelding er anvendt overlevelseseanalyser (time to event-analyser), hvor der ved udregning af signifikans i forskel mellem rater i forhold til den uafhængige variabel er anvendt logrank test som beskrevet af Hosmer & Lemeshow [249]. Ved multivariable analyser er anvendt Cox-regression. De multivariable analyser er udført som backward-procedurer, som beskrevet i Kapitel 3.

Analyserne er foretaget med STATA 7.0, bortset fra analyser over udvikling i scores i CMD-SQ og SF-36 et år efter udsendelse af Spørgeskema-1, hvor der er anvendt funktionen repeated measures analysis of variance og OLAP Cubes i SPSS [251, 252].

10.1 Resultater

Tabel 10.1 viser for **RCT-gruppen** den procentuelle fordeling for fortsat udbetaling af sygedagpenge og årsager til ophør af udbetaling af sygedagpenge. Kolonne 2 og 3 viser fordelingen for kontrol- og interventionsgruppen et år efter indeks-sygemeldingen. For 24,5% af de langtidssygemeldte udbetales fortsat sygedagpenge i kontrolgruppen mod 27,7% i interventionsgruppen. Forskellen mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen er i øvrigt, at der er flere raskmeldte til ordinære arbejdsmarkedsvilkår i kontrolgruppen med 61,3% mod interventionsgruppen med 57,7%. Endvidere er 4,0% i kontrolgruppen ophørt med at modtage sygedagpenge, foranstaltet af arbejdsmarkedsafdelingen, mod kun 1,9% i interventionsgruppen. Fordelingen viser ikke signifikans i sin helhed ($p = 0,197$), og heller ikke ved dikotomisering i forhold til ophør eller ikke ophør af udbetaling af sygedagpenge ($p = 0,370$). De sidste to kolonner viser status ved ophør af observationsperioden for undersøgelsen, varierende fra 368 til 469 dage efter inklusion i undersøgelsen. Forholdet mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen viser især flere, der er raskmeldt til ordinære vilkår, fleksjob eller førtidspension. Signifikansen for fordelingen som helhed er $p = 0,197$ og ved dikotomisering med hensyn til fortsat udbetaling af sygedagpenge eller ej er $p = 0,051$.

Tabel 10.1 Årsager til ophør af udbetaling af sygedagpenge et år efter indeks-sygemeldingen og ved afslutning af observationsperioden, angivet i %

Ophørsårsag	Ophørsstatus et år efter indeks-sygemeldingen		Ophørsstatus ved afslutning af observationsperioden	
	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen
Ikke ophørt	24,5	27,7	10,2	14,7
Raskmeldt til ordinære vilkår	61,3	57,7	65,3	60,5
Revalidering	1,4	2,1	4,0	4,3
Fleksjob	3,8	3,1	5,5	5,7
Førtidspension	2,6	3,3	5,7	6,2
Død	0,5	1,2	0,5	1,2
Flyttet	1,0	0,7	1,0	0,7
Barsel	0,2	1,2	0,5	1,2
Ophør foranstaltet af arbejdsmarkedsafdelingen	4,0	1,9	5,2	2,4
Overskridelse af varighedsbegrænsning	0,2	1,2	2,1	3,3

Tabel 10.2 Aktiviteter af afklarende eller arbejdsfremmende karakter betalt af kommunen i observationsperioden for RCT-gruppen, angivet i %

Aktivitet	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Total
Psykologisk behandling	0,7	1,0	0,8
Psykoeducativt tilbud	0,7	0,5	0,6
Virksomhedspraktik	11,2	15,1	13,2
Andre arbejdsfremmende foranstaltninger	13,1	16,1	14,6
Psykiatrisk speciallægeundersøgelse	2,6	4,5	3,6
Anden speciallægeundersøgelse	2,9	4,5	3,7
Neuropsykologisk undersøgelse	1,7	3,6	2,6
Almenpsykologisk undersøgelse	1,4	2,4	1,9
Generel eller specifik helbredsattest	14,7	12,3	13,5

Tabel 10.2 viser for **RCT-gruppen** aktiviteter for afklaring eller rehabilitering iværksat af kommunen i løbet af observationsperioden. De hyppigst anvendte arbejdsfremmende aktiviteter er virksomhedspraktik og andre foranstaltninger, og de hyppigst afklarende foranstaltninger er generel eller specifik helbredsattest fra den praktiserende læge. Der er ikke signifikante forskelle mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen for nogen af aktiviteterne.

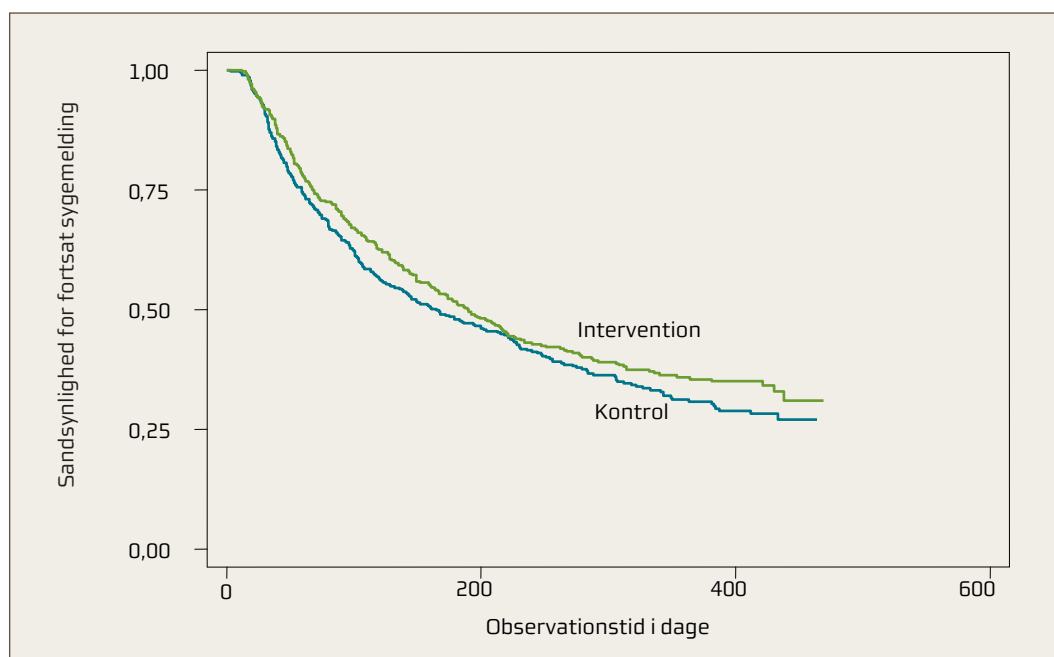
Raskmeldingsrater

Tabel 10.3 viser for **RCT-gruppen** fire modeller, hvorpå raskmelding kan defineres, fordelt på gennemsnitlig rate for antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage for kontrolgruppen og interventionsgruppen. Model 1 viser raten for langtidssygemeldte, der er raskmeldt til normale arbejdsmarkedsvilkår. Her ses, at raten er højere med 106,4 i kontrolgruppen end i interventionsgruppen med en rate på 92,8 ($p = 0,134$). Den totale rate for alle 844 deltagende langtidssyge-

Tabel 10.3 Raskmeldingsrater for forskellige definitioner af raskmelding. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

Model	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	p
<u>Model 1:</u> Raskmelding til normale arbejdsvilkår	106,4 (93,3-121,3)	92,8 (81,1-106,2)	0,134
<u>Model 2:</u> Model 1 plus revalidering, førtidspension, fleksjob, pasning af sygt barn	131,6 (118,1-146,5)	117,5 (105,4-131,0)	0,133
<u>Model 3:</u> Model 2 plus raskmelding af forvaltning, overskridelse af varighedsbegrænsning	143,8 (130,1-158,7)	126,3 (113,9-139,8)	0,071
<u>Model 4:</u> Totalt ophør af udbetaling af sygedagpenge	147,0 (133,2-162,0)	130,3 (117,7-144,0)	0,089

Figur 10.1 Kaplan-Meier overlevelseskurve, fra inklusion i projektet



meldte i kontrol- og interventionsgruppen er ved denne model 99,3 raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage (90,4-109,1). Model 2 indeholder Model 1, raskmelding til normale arbejdsmarkedsvilkår, samt ophør med udbetaling af sygedagpenge på grund af overgang til revalidering, førtidspension, fleksjob eller pasning af sygt barn. Raten er 131,6 i kontrolgruppen og 117,5 i interventionsgruppen. Model 3 inddrager yderligere årsager til ophør af udbetaling af sygedagpenge, ophør af udbetaling af sygedagpenge foranstaltet af forvaltningen samt overskridelse af varighedsbegrænsningen for udbetaling af sygedagpenge. Endelig omfatter Model 4 totalt ophør af sygedagpenge, hvilket også omfatter ophør på grund af død, flytning til anden kommune eller barsel. Tendensen er

den samme uanset model, at raten er højere i kontrolgruppen end i interventionsgruppen. Signifikansværdierne angiver signifikansen for forskelle i raterne imellem kontrolgruppen og interventionsgruppen.

I følgende analyser er anvendt kriteriet i Model 1 i Tabel 10.3.

Figur 10.1 viser for **RCT-gruppen** en grafisk fremstilling ved Kaplan-Meier overlevelseskurver fordelt på interventionsgruppen og kontrolgruppen. Det skal bemærkes, at observationstiden er defineret som 0 ved dag 56 i sygemeldingsperioden. Figuren viser over tid hastigheden, hvormed langtidssygemeldte raskmeldes. Kurverne følges tæt ad, men

altid med en større andel af raskmeldte i kontrolgruppen end i interventionsgruppen, idet kurven angiver procentdelen, som fortsat er sygemeldte. Overordnet set kan konkluderes, at der ikke har været den forventede effekt af interventionen. Interventionen fører modsat til længere sygemeldingsvarighed, dog ikke på et signifikant niveau.

Som det vil fremgå af de følgende analyser, identificeres flere risikogrupper for lang sygemeldingsvarighed, hvoraf der her skal foretages en analyse af raskmeldingsrater for interventionsgruppen og kontrolgruppen. Det drejer sig om arbejdsløshed, kodet som **ikke i arbejde** i variabelen arbejdsforhold og sygemeldingsdiagnosen **somatisk symptomdiagnose**. Konstrueres en variabel, som opfylder det ene eller begge disse kriterier, fås en variabel, hvor den ene værdi er karakteriseret ved "i arbejde og ingen somatisk symptomdiagnose". En detailanalyse viser, at for dette karakteristikum er raten 121,9 (109,1–136,0) og næsten ens i interventionsgruppen og kontrolgruppen med 121,9 (104,8–141,7) i interventionsgruppen og 121,8 (103,7–143,0) i kontrolgruppen ($p = 0,885$). Ser man derimod på den anden værdi af variabelen, hvor den langtidssygemeldte opfylder kriteriet "ikke i arbejde og/eller somatisk symptomdiagnose", er raten betydeligt mindre, 66,2 (55,4–79,3), og med signifikant forskel mellem interventionsgruppen med en rate på 51,2 (38,8–68,1) og kontrolgruppen med en rate på 83,1 (66,0–104,8), ($p = 0,012$). Sammenlignes de to rater for hver værdi, er der signifikant forskel i raterne ($p = 0,000$). Interventionen har således været uden effekt for langtidssygemeldte, der er i arbejde ved sygemeldingen, og som ikke har en somatisk symptomdiagnose, mens interventionen har ført til en forlængelse af sygemeldingsvarighederne for de øvrige grupper (risikogrupperne).

Karakteristika for kort eller lang sygemeldingsvarighed ved bivariable analyser

Der er udført et stort antal bivariable analyser med inddragelse af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser (organdiagnoser, patologidiagnoser og specificitet) og kvartiler på skala-score af SCL-8AD. Formålet med disse analyser er at undersøge, om

- ▶ der er forskel i raskmeldingsraten mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen afhængigt af værdierne af disse variabler
- ▶ raskmeldingsraten i sig selv er afhængig af forskellige værdier af disse variabler.

Dette giver et stort tabelmateriale, hvormed overskueligheden let mistes, især i betragtning af, at mange af resultaterne ikke viser signifikante forskelle. Ved fremstillingen af resultaterne vises resultaterne for de sociodemografiske variabler for derefter at illustrere læsningen af tabellerne, mens resultaterne af de øvrige analyser fremstilles i Bilag 10.1-10.5. Her vil der i stedet blive foretaget en opsummering af signifikante resultater.

Tabel 10.4A og Tabel 10.4B viser for **RCT-gruppen** seks kolonner, hvoraf den anden er raskmeldingsraten i kontrolgruppen for værdier af de sociodemografiske variabler med angivelse af 95%-sikkerhedsgrænser. Tredje kolonne angiver det samme for interventionsgruppen. Fjerde kolonne angiver signifikansniveauet for forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen – kaldet gruppe- p . Femte kolonne angiver raskmeldingsraten for hver værdi af de sociodemografiske variabler, men med interventionsgruppen og kontrolgruppen sammenlagt. Sidste kolonne angiver variabel- p , signifikansniveau for forskel imellem værdierne af de sociodemografiske variabler. Det skal bemærkes, at ved beregning af signifikans for de enkelte værdier af en variabel er resten af variabelens værdier anvendt som reference.

Raterne er for de fleste variabler højere i kontrolgruppen end i interventionsgruppen, bortset fra alder på 50 år eller derover, lang videregående uddannelse, fuldtidsbeskæftigelse og beskæftigelse som selvstændig/medhjælpende ægtefælle, faglært beskæftigelse, ufaglært beskæftigelse og anden beskæftigelse. Der er kun signifikante forskelle for anden uddannelse, deltid, funktionær/tjenestemand og anden beskæftigelse.

Der findes signifikant højere rater for mand, alder på 60 år og derover, faglært uddannelse, fuldtid, beskæftigelse som funktionær/tjenestemand og faglært beskæftigelse. Der er signifikant lavere rater for kvinde, ufaglært uddannelse, ikke i arbejde og arbejdsløs.

Karakteristika for højere rate i interventionsgruppen, uden hensyn til signifikans

- ▶ alder på 50 år og derover
- ▶ lang videregående uddannelse
- ▶ fuldtidsbeskæftigelse
- ▶ beskæftigelse som selvstændig/medhjælpende ægtefælle
- ▶ faglært beskæftigelse
- ▶ ufaglært beskæftigelse
- ▶ anden beskæftigelse
- ▶ orlov
- ▶ sygemeldingsdiagnoser med organdiagnoser: øje, hjerte-kar, hud og kvindelige kønsorganer
- ▶ sygemeldingsdiagnoser med patologidiagnoser: neoplasme og skade
- ▶ sygemeldingsdiagnoser med specificitet: kun specifik somatisk patologi
- ▶ skalascores på CMD-SQ i 1. og 3. kvartil (1. kvartil angiver de laveste skala-scores)

Tabel 10.4A Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for sociodemografiske variabler og for sociodemografiske variabler samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

Sociodemografisk variabel	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Gruppe-p	Samlet værdi af variabel	Variabel-p
Køn					
Mænd	116,2 (94,8-142,3)	112,8 (91,5-139,1)	0,781	114,5 (99,0-132,5)	0,009
Kvinder	99,6 (83,8-118,5)	81,3 (68,2-97,0)	0,099	89,8 (79,4-101,6)	
Aldersgrupper					
-29 år	149,4 (101,6-218,6)	98,3 (68,3-141,7)	0,131	118,6 (90,9-154,5)	0,238
30-39 år	104,0 (78,3-138,0)	76,3 (56,2-104,0)	0,104	90,1 (73,3-110,9)	0,415
40-49 år	101,7 (80,9-128,0)	82,9 (64,5-106,7)	0,229	91,8 (77,4-108,8)	0,279
50-59 år	98,3 (77,3-124,9)	103,0 (80,9-131,3)	0,903	100,6 (84,9-119,3)	0,992
60 år +	146,8 (77,8-273,3)	178,5 (112,2-276,3)	0,627	164,7 (114,0-235,5)	0,010
By/land					
By	103,3 (86,6-123,2)	89,2 (74,3-107,0)	0,209	96,0 (84,6-109,0)	0,624
Land	110,7 (90,8-135,0)	97,7 (80,0-119,4)	0,399	103,9 (90,3-119,6)	
Samlivsforhold					
Samboende	107,3 (92,5-124,5)	90,6 (77,9-105,4)	0,092	98,4 (88,5-109,4)	0,670
Ikke samboende	104,6 (78,7-139,1)	99,8 (74,0-134,6)	0,927	102,3 (83,2-125,6)	
Hjemmeboende børn					
Børn	105,0 (86,7-127,1)	84,7 (69,7-103,1)	0,078	94,3 (82,3-108,1)	0,334
Ikke børn	107,8 (89,9-129,2)	102,3 (84,9-123,2)	0,774	105,0 (92,2-119,5)	

Karakteristika af uafhængige variabler for signifikant højere raskmeldingsrate

- ▶ mand
- ▶ alder på 60 år og derover
- ▶ faglært uddannelse
- ▶ fuldtidsbeskæftigelse
- ▶ beskæftigelse som funktionær/tjenestemand
- ▶ faglært beskæftigelse
- ▶ ingen overførselsindkomst året forud
- ▶ sygemeldingsdiagnoser, organdiagnoser: fordøjelsesorganer og urinveje
- ▶ sygemeldingsdiagnoser, specificitet: kun specifik somatisk patologi

Karakteristika af uafhængige variabler for signifikant lavere raskmeldingsrate

- ▶ kvinde
- ▶ ufaglært uddannelse
- ▶ ikke i arbejde
- ▶ arbejdsløs
- ▶ sygedagpenge året før
- ▶ somatisk symptomdiagnose
- ▶ blandet specificitet af somatisk sygemeldingsdiagnose

Den teoretiske forudsætning for udregning af rater over hele observationsperioden er, at raten er den samme over hele observationsperioden. Om denne forudsætning er opfyldt kan testes i STATA. Ved en signifikant test (5% signifikansniveau) er der interaktion mellem den uafhængige variabel og tiden, hvorfor forudsætningerne for modellen ikke holder. Denne test er foretaget for samtlige uafhængige variabler i herværende delundersøgelse og viser, at forudsætningerne er overholdt undtagen for sygemeldingsdiagnoserne organdiagnose X – Kvindelige kønsorganer og patologidiagnose neoplasme samt for den sociodemografiske variabel beskæftigelse. I disse tilfælde opdeles observationen i mindre tidsintervaller, hvorefter raten udregnes specifikt for disse intervaller.

Tabel 10.5 viser for **RCT-gruppen** raskmeldingsrater opdelt på tidsintervaller fordelt på kontrolgruppen og interventionsgruppen for at illustrere ratens afhængighed af observations-tiden. Selvom resultaterne viser variation i raterne over tid, er ovennævnte test ikke signifikant, idet testen tolererer nogen variation over tid. Tendensen er den samme i begge grupper, at raten i intervallet 0-29 dage ligger noget under middel (middel for kontrolgruppen er 106,4 og for interventionsgruppen 92,8), hvorefter raterne stiger markant fra 30-59 dage.

Tabel 10.4B Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for sociodemografiske variabler og for sociodemografiske variabler samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

Sociodemografisk variabel	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Gruppe-p	Samlet værdi af variabel	Variabel-p
Skoleuddannelse					
Alene folkeskole	101,8 (86,5-119,8)	87,6 (73,7-104,2)	0,193	94,5 (84,0-106,4)	0,219
Over folkeskole	106,0 (83,7-134,1)	105,1 (83,7-132,0)	0,998	105,5 (89,6-124,3)	
Erhvervsuddannelse					
Ufaglært	87,5 (69,0-111,2)	75,3 (57,2-99,4)	0,444	81,5 (68,1-97,8)	0,006
Faglært	122,6 (101,1-148,5)	104,1 (86,1-125,8)	0,163	112,9 (98,7-129,2)	0,016
Videregående kort	113,4 (84,4-151,8)	90,1 (66,9-121,6)	0,252	100,4 (81,5-123,8)	0,860
Videregående lang*	17,7 (2,6-77,2)	111,9 (53,0-229,6)	0,069	70,3 (35,5-143,1)	0,395
Anden*	450,5 (152,6-1069,9)	91,4 (34,3-246,6)	0,006	151,9 (69,4-318,5)	0,225
Arbejdsforhold					
Fuldtid	107,1 (91,4-125,5)	112,2 (96,4-130,5)	0,744	109,7 (98,3-122,4)	0,002
Deltid	154,5 (114,1-207,7)	87,3 (61,5-124,2)	0,011	117,9 (93,8-148,0)	0,096
Ikke i arbejde	68,8 (47,0-101,6)	30,1 (18,2-51,9)	0,012	47,8 (35,4-65,4)	0,000
Beskæftigelse					
Selvstændig/medhj.	84,6 (51,1-141,7)	110,7 (73,1-167,7)	0,466	98,1 (71,3-135,3)	0,040
Funktionær/tj.mand	136,3 (112,3-165,1)	102,7 (83,3-126,5)	0,044	118,3 (102,6-136,3)	0,003
Faglært	159,6 (98,8-253,0)	181,0 (123,5-261,7)	0,902	170,0 (125,6-228,2)	0,000
Ufaglært	92,4 (70,4-121,4)	96,3 (73,4-126,5)	0,888	94,4 (77,9-114,4)	0,573
Fleksjob	130,6 (63,1-263,7)	68,0 (29,6-162,0)	0,242	95,5 (55,9-163,3)	0,920
Arbejdsløs	60,9 (40,5-93,0)	29,1 (17,3-51,3)	0,032	43,6 (31,6-60,8)	0,000
Anden	56,6 (23,5-144,5)	143,1 (68,3-289,6)	0,134	92,9 (53,4-161,7)	0,938

*) Under 10 cases i mindst én af grupperne

Herefter falder raten igen gradvist med den laveste rate for observationstider over 360 dage. Resultaterne for opsplitning i tidsintervaller for variablerne organdiagnose X - Kvindelige kønsorganer, neoplasme og beskæftigelse er ikke vist, idet det vil medføre et omfattende tabelmateriale, men det skal refereres. For organdiagnose X - Kvindelige kønsorganer er der en stigende rate til og med 60-69 dage med en rate på 235,3, hvorefter raten igen falder indtil en ny stigning til 402,7 for intervallet over 360 dage. For neoplasme fremtræder det samme topuklede forløb med et maksimum for intervallet 60-69 dage og over 360 dage. For variabelen beskæftigelse er beskrivelsen mere kompleks, idet raterne er forskellige afhængigt af værdierne af variabelen, men dog med de højeste rater i tidsintervallet 60-69 dage. Analyserne bliver usikre på grund af få sygemeldte i undergrupperne.

Multivariable analyser

Tabel 10.6 viser resultaterne af to multivariable Cox-regressioner med raskmeldingsraten som afhængig variabel for **RCT-gruppen** inddragende sociodemografiske variabler,

DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser, sum-skalaer i CMD-SQ og skalaer i SF-36. Der er en Model A og en Model B. Det er tidligere i metodeafsnittet beskrevet, at der for 10 langtidssygemeldte er kodet "ikke i arbejde" i variabelen arbejdsforhold, men hvor der ikke er kodet "arbejdsløs" i beskæftigelse. Dette kan give analyse-mæssige problemer, hvor der er interaktion imellem de to variabler, hvilket der er i Model A. I Model A forekommer én case, kodet "ikke i arbejde" i arbejdsforhold og "faglært" i beskæftigelse. Denne case er udeladt i Model A. I Model B er samtlige 10 cases udelukket.

For Model A er de betydende variabler, der har association med raskmeldingsraten, SF-36 med skalaen GH - Alment helbred, SCL-8, SCL-ANX4, SOM-WHI, sygemeldingsdiagnoser (dikotomiseret plus/minus somatisk symptomdiagnose) samt en interaktionsvariabel af variablerne beskæftigelse og arbejdsforhold. Variabelen beskæftigelse er dikotomiseret i faglært/"ikke faglært" og arbejdsforhold i "i arbejde"/"ikke i arbejde". Resultaterne viser, at en stigning i score på 10 point på GH-skalaen betyder en stigning med en faktor 1,02 (hazard

Interval	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen
0-29 dage	93,8 (69,3-130,0)	82,8 (60,1-117,3)
30-59 dage	206,6 (163,6-264,0)	165,0 (128,8-214,4)
60-89 dage	137,0 (100,7-190,9)	112,8 (81,3-160,7)
90-119 dage	134,8 (96,3-193,9)	106,1 (74,1-157,0)
120-239 dage	78,1 (60,4-102,3)	95,6 (76,3-120,7)
240-359 dage	69,7 (49,2-101,4)	44,3 (29,2-70,0)
360 dage +	51,1 (24,8-121,2)	30,1 (12,9-87,2)

Tabel 10.5 Raskmeldingsrater fordelt på intervaller af observationsperioden for kontrolgruppen og interventionsgruppen. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

Uafhængig variabel	Hazard ratio
Model A*	
Stigning med 10 point på GH	1,02 (1,01-1,03)
Stigning med 1 point på SCL-8	0,88 (0,82-0,95)
Stigning med 1 point på SCL-ANX4	1,17 (1,03-1,33)
Stigning med 1 point på SOM-WHI	0,96 (0,94-0,98)
Somatisk symptom	0,70 (0,57-0,88)
Ikke faglært/i arbejde	0,74 (0,56-0,97)
Ikke faglært/ikke i arbejde	0,35 (0,24-0,52)
Model B**	
Stigning med 10 point på GH	1,02 (1,01-1,03)
Stigning med 1 point på SCL-8	0,89 (0,82-0,95)
Stigning med 1 point på SCL-ANX4	1,17 (1,03-1,34)
Stigning med 1 point på SOM-WHI	0,96 (0,93-0,98)
Somatisk symptom	0,73 (0,58-0,90)
Ikke faglært/i arbejde	0,73 (0,55-0,96)
Ikke faglært/ikke i arbejde	0,33 (0,22-0,50)
Sygedagpenge året før	0,82 (0,68-0,99)

*) Model A, hvor faglært/arbejdsløs forekom for én case, som er udelukket af modellen.
Reference: faglært i arbejde.

**) Model B, hvor 10 cases, der havde scoret "ikke i arbejde" i arbejdsforhold og ikke havde scoret "arbejdsløs" i beskæftigelse, er udelukket.
Reference: faglært i arbejde.

Tabel 10.6 Cox-regression med sociodemografiske variable, DREAM-variable (overførselsindkomst), sygemeldingsdiagnoser (ICPC-organdiagnoser og ICPC-patologidiagnoser), skalaer i CMD-SQ og skalaer i SF-36 som uafhængige variable for RCT-gruppen

ratio) i raskmeldingsraten. Modsat betyder en stigning i sum-score på SCL-8 og SOM-WHI med 1 faldende raskmeldingsrater med faktorer på henholdsvis 0,88 og 0,96. En stigning med 1 i score på SCL-ANX4 betyder paradoksalt nok en stigning i raten med en faktor på 1,17. Tilstedeværelsen af en somatisk symptomdiagnose betyder et fald af raten med en faktor 0,70 sammenlignet med langtidssygemeldte, der ikke har en somatisk symptomdiagnose. For interaktionen mellem beskæftigelse og arbejdsforhold er referencen "faglært og i arbejde". "Faglært og arbejdsløs" indgår ikke i modellen. Analysen viser, at "ikke faglært" har en nedsat raskmeldingsrate i forhold til referencen, mest for kombinationen med "ikke i arbejde" med en faktor 0,33 og mindre for kombinationen med "i arbejde" med en faktor 0,73.

Model B viser den samme interaktion mellem beskæftigelse og arbejdsforhold som Model A, men udkommer med én yderligere betydende variabel "sygedagpenge året før". I øvrigt er der ikke store forskelle mellem modellerne.

Der er endvidere foretaget en analyse udelukkende på langtidssygemeldte, der har gennemgået den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, hvor psykiatriske ICD-10-diagnoser blev inkluderet i analysen. Analysen viser tilsvarende resultater, men kun indeholdende GH, SCL-8, somatisk symptomdiagnose, arbejdsforhold og beskæftigelse. De psykiatriske diagnoser er således uden betydning.

Risikofaktorer for lang sygemeldingsvarighed

Analysen udkrystalliserer sig især i to variabler, der er risikomarkører for lang sygemeldingsvarighed, den sociodemografiske variabel beskæftigelse og sygemeldingsdiagnosen somatisk symptomdiagnose, for hvem der i de følgende Tabeller 10.7-10.13 skal foretages en nærmere analyse. Resultaterne for de to variabler fremgår af de samme tabeller, men analysen vil blive foretaget hver for sig. Bemærk, at analyserne er foretaget for screeningsgruppen i Tabellerne 10.7-10.10 og Tabel 10.12, og ikke RCT-gruppen.

Der er udeladt den langtidssygemeldte, som har svaret "ikke i arbejde" i variabelen arbejdsforhold og faglært i variabelen beskæftigelse.

Interaktionsvariablen mellem arbejdsforhold og beskæftigelse

Tabel 10.7 omhandler **screeningsgruppen** og viser raskmeldingsraterne for værdier af interaktionsvariablen mellem beskæftigelse og arbejdsforhold. "Faglært og i arbejde" har den højeste raskmeldingsdiagnose med 168,0. Raten er mindre, nær gennemsnittet, med 105,9, for "ikke faglært og i arbejde" og betydeligt mindre for "ikke faglært arbejde og ikke i arbejde" med 46,9. Det er således ikke i sig selv "ikke faglært", der betyder en lavere rate, men derimod faglært, der betyder en højere rate og "ikke i arbejde", der betyder en lavere rate.

Tabel 10.8 omhandler **screeningsgruppen** og viser hyppigheden af psykiatriske diagnoser, alle psykiatriske diagnoser, depression, angst og somatoform lidelse, for hver af de sociodemografiske grupper udregnet ved vægtet logistisk regression. Der er betydelig forskel imellem grupperne, således at "faglært og i arbejde" har den laveste hyppighed af psykiatriske diagnoser med 12,9%, "ikke faglært og i arbejde", nær middel, med 47,6% og højest for "ikke faglært og ikke i arbejde" med 77,9%. Denne tendens gør sig også gældende for de specifikke diagnostiske grupper.

Tabel 10.9 omhandler **screeningsgruppen** og viser hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse for interaktionsvariablen af beskæftigelse og arbejdsforhold. Hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse er størst for "ikke faglært og ikke i arbejde" med 32,2%, nær gennemsnittet med 22,6% for "ikke faglært og i arbejde" og lavest for "faglært og i arbejde" med 6,6%.

Tabel 10.10 omhandler **screeningsgruppen** og viser en fordeling af scores på SF-36 og sum-scores på skalaer i CMD-SQ fordelt på interaktionsvariablen af beskæftigelse og arbejdsforhold på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1. Signifikansniveau i forskel mellem grupper er anført med et p. Tabellen viser generelt, at "faglært og i arbejde" har de højeste scores for livskvalitet og de laveste sum-scores i CMD-SQ, på nær for RP - Begrænsninger - fysisk betinget, hvor den er højest for "ikke faglært og ikke i arbejde", den fysiske komponent, PCS, som er nogenlunde ens i alle grupper, og RE - Begrænsninger - psykisk betinget, hvor den er lavest sammen med "ikke faglært og i arbejde". For symptomscorer i CMD-SQ ligger "faglært og i arbejde" lavest for alle skalaer og højest for "ikke faglært og ikke i arbejde". Der er stort set et omvendt forhold mellem "ikke faglært og ikke i arbejde" og "faglært og i arbejde".

Tabel 10.11 omhandler **RCT-gruppen** og **Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen**. Den viser de procentuelle ændringer af scores for skalaer i SF-36 og CMD-SQ, udregnet som forskel i gennemsnit af scores i Spørgeskema-1 for RCT-gruppen og Spørgeskema-2 i Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen. Signifikansværdierne er udregnet for Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen ved repeated measures analysis of variance. Tabellen viser entydigt, at gruppen af "ikke faglærte og ikke i arbejde" har en betydeligt mindre forbedring i symptomscorer og scores for livskvalitet end grupperne af "faglært og i arbejde" og "ikke faglærte og i arbejde".

Sygemeldingsdiagnosen somatisk symptomdiagnose

Tabel 10.7 omhandler **screeningsgruppen** og viser raskmeldingsraterne for værdier af sygemeldingsdiagnosen somatisk symptomdiagnose. Tilstedeværelsen af en somatisk symptomdiagnose medfører en mindre raskmeldingsrate på 71,2 mod 109,9 for langtidssygemeldte, der ikke har en sådan diagnose.

Tabel 10.7 Raskmeldingsrater for interaktionsvariabel mellem beskæftigelse og arbejdsforhold samt somatisk symptomdiagnose for screeningsgruppen. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

Risikogruppe	Rate
Faglært/i arbejde	168,0 (130,1-216,8)
Ikke faglært/i arbejde	105,9 (96,2-116,6)
Ikke faglært/ikke i arbejde	46,9 (35,1-62,6)
Somatisk symptomdiagnose	71,2 (58,7-86,4)
Ikke somatisk symptomdiagnose	109,9 (99,9-120,9)

Tabel 10.8 Hyppighed af psykiatriske diagnoser, alle psykiatriske diagnoser, depression, angst og somatoform lidelse for interaktionsvariabel mellem beskæftigelse og arbejdsforhold samt for somatisk symptomdiagnose, med 95%-sikkerhedsgrænser, for screenings-gruppen

Risikogruppe	Alle psykiatriske diagnoser	Depression	Angst	Somatoform lidelse
Faglært/i arbejde	12,9 (4,6-31,3)	6,6 (1,5-23,9)	6,4 (1,5-23,4)	2,9 (0,4-18,8)
Ikke faglært/i arbejde	47,6 (40,1-54,2)	36,0 (30,2-42,3)	13,4 (9,8-18,0)	7,0 (4,6-10,7)
Ikke faglært/ikke i arbejde	77,6 (63,4-87,4)	51,4 (37,6-64,9)	28,8 (18,0-42,7)	12,5 (5,6-25,8)
Somatisk symptomdiagnose	43,9 (32,8-55,6)	29,7 (20,7-40,6)	9,8 (4,5-20,1)	20,5 (13,2-30,6)
Ikke somatisk symptomdiagnose	49,6 (42,9-56,3)	37,0 (31,1-43,4)	16,2 (12,4-21,0)	3,3 (1,7-6,4)

Tabel 10.9 Hyppighed af uopdaget psykisk lidelse for interaktionsvariabel mellem beskæftigelse og arbejdsforhold samt for somatisk symptomdiagnose, med 95%-sikkerhedsgrænser, for screeningsgruppen

Risikogruppe	Uopdaget psykisk lidelse
Faglært/i arbejde	6,6 (1,6-24,1)
Ikke faglært/i arbejde	22,6 (17,7-28,4)
Ikke faglært/ikke i arbejde	32,2 (20,5-46,7)
Somatisk symptomdiagnose	38,6 (28,1-50,3)
Ikke somatisk symptomdiagnose	17,1 (12,8-22,5)

Tabel 10.10 Scores i SF-36 og sum-scores i CMD-SQ for interaktionsvariabel mellem beskæftigelse og arbejdsforhold på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1, med 95%-sikkerhedsgrenser, for RCT-gruppen

Skala	Faglært/ i arbejde	Ikke faglært/ i arbejde	Ikke faglært/ ikke i arbejde	p
SF-36				
PF - Fysisk funktion	73,1 (68,6-77,5)	71,3 (69,6-72,9)	66,6 (62,5-70,8)	0,059
RP - Begrænsninger, fysisk betinget	22,5 (15,9-29,1)	22,0 (19,6-24,3)	29,6 (23,3-35,9)	0,055
BP - Fysisk smerte	52,0 (47,1-56,9)	49,5 (47,5-51,4)	47,2 (42,7-51,6)	0,336
GH - Alment helbred	69,7 (65,5-73,9)	62,5 (61,0-64,1)	51,7 (47,8-55,7)	0,000
VT - Energi	58,4 (54,2-62,6)	45,5 (43,9-47,2)	42,8 (38,8-46,9)	0,000
SF - Social funktion	80,3 (76,0-84,5)	68,8 (66,9-70,6)	63,0 (58,1-67,9)	0,000
RE - Begrænsninger, psyk. betinget	59,6 (52,1-67,2)	46,9 (44,1-49,8)	48,0 (40,9-55,1)	0,009
MH - Psykisk velbefindende	72,6 (68,7-76,6)	63,6 (62,0-65,1)	57,9 (53,8-62,1)	0,000
PCS - Fysisk komponent	39,8 (38,1-41,6)	39,9 (39,2-40,7)	39,1 (37,2-41,0)	0,683
MCS - Psykisk komponent	50,1 (47,8-52,5)	43,5 (42,5-44,5)	41,8 (39,2-44,5)	0,000
CMD-SQ				
SCL-8AD	19,6 (18,1-21,2)	25,0 (24,1-25,8)	29,0 (26,7-31,3)	0,000
SCL-DEP6	8,6 (8,0-9,3)	11,0 (10,6-11,4)	13,0 (12,0-14,1)	0,000
SCL-ANX4	6,3 (5,7-6,9)	7,8 (7,5-8,2)	8,8 (8,0-9,7)	0,000
SCL-SOM	21,1 (19,8-22,4)	24,2 (23,6-24,9)	25,8 (24,2-27,4)	0,000
SCL-8	12,9 (11,8-14,0)	16,5 (16,0-17,1)	19,2 (17,6-20,8)	0,000
Whiteley-7	11,9 (10,9-13,0)	13,5 (13,0-14,0)	14,6 (13,4-15,8)	0,025
SOM-WHI	33,1 (31,0-35,1)	37,7 (36,7-38,7)	40,4 (37,9-42,9)	0,000
CMD-SQ	56,9 (53,4-60,4)	67,0 (65,2-68,8)	74,1 (69,5-78,8)	0,000

Tabel 10.8 omhandler **screeningsgruppen** og viser hyppigheder af psykiatriske diagnoser, alle psykiatriske diagnoser, depression, angst og somatoform lidelse for hver værdi af variabelen udregnet ved en vægtet logistisk regression. Langtidssygemeldte med somatisk symptomdiagnose har totalt set en lavere hyppighed af alle psykiatriske diagnoser og for depression og angst med henholdsvis 43,9%, 29,7% og 9,8%, end langtidssygemeldte, der ikke har en somatisk symptomdiagnose. For somatoform lidelse er det omvendt med en hyppighed af somatoform lidelse på 20,5% for langtidssygemeldte med en somatisk symptomdiagnose mod kun 3,3% hos langtidssygemeldte, der ikke har dette. Det kan ikke undre, at somatisk symptomdiagnose vil have en relativt høj forekomst af somatoform lidelse.

En særlig risikogruppe, hvor man kunne forvente en relativt stor raskmeldingsrate, er den gruppe, som kun har en somatisk symptomdiagnose, og hvor den langtidssygemeldte ikke får nogen psykiatrisk diagnose ved den psykiatrisk

diagnostiske undersøgelse, en gruppe hvor der ikke kan stilles nogen specifik diagnose. Ved en vægtet logistisk regression er hyppigheden af denne gruppe bestemt til 12,6% (9,1% - 17,2%) af alle langtidssygemeldte i screeningsgruppen. Raskmeldingsraten for denne gruppe er imidlertid på 73,0 (44,8-120,1), og mindre end for gruppen, som enten har en specifik somatisk sygemeldingsdiagnose og/eller en specifik psykiatrisk diagnose med 79,4 (67,6-93,4). Fink et al. [31] har påpeget problemstillingen for denne gruppe med uspecifikke symptomer og foreslår, at der er tale om en specifik form for somatisering, kaldet *bodily distress*.

Tabel 10.9 omhandler **screeningsgruppen** og viser hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse for variabelen somatisk symptomdiagnose. For somatisk symptomdiagnose er hyppigheden 38,6% mod kun 17,1% for langtidssygemeldte uden en sådan diagnose. En detailanalyse, som ikke er vist i tabellen, viser en forekomst af uopdaget psykisk lidelse på 49,5% for langtidssygemeldte karakteriseret ved "somatic symptomdiagnose og

Tabel 10.11 Ændringer over et år i scores i SF-36 og sum-scores i CMD-SQ for interaktionsvariabler mellem beskæftigelse og arbejdsforhold, RCT-gruppen

Skala	Faglært/ i arbejde Ændring i %	Ikke faglært/ i arbejde Ændring i %	Ikke faglært/ ikke i arbejde Ændring i %	p over tid	p mellem grupper
SF-36					
PF - Fysisk funktion	17,1	10,6	8,3	0,000	0,361
RP - Begrænsninger, fysisk betinget	291,5	179,6	86,6	0,000	0,012
BP - Fysisk smerte	29,8	28,3	13,4	0,000	0,018
GH - Alment helbred	0,3	5,5	4,1	0,011	0,350
VT - Energi	16,9	37,6	11,1	0,000	0,001
SF - Social funktion	14,1	23,2	14,5	0,000	0,114
RE - Begrænsninger, psyk. betinget	45,8	74,4	34,0	0,000	0,011
MH - Psykisk velbefindende	14,2	22,4	13,8	0,000	0,021
PCS - Fysisk komponent	16,1	10,0	6,4	0,000	0,164
MCS - Psykisk komponent	10,0	20,7	9,3	0,000	0,005
CMD-SQ					
SCL-8AD	-12,9	-15,7	-7,1	0,000	0,182
SCL-DEP6	-11,1	-15,0	-8,5	0,000	0,432
SCL-ANX4	-15,0	-16,0	-4,7	0,000	0,109
SCL-SOM	-8,0	-8,1	0,9	0,000	0,204
SCL-8	-14,6	-17,1	-8,0	0,000	0,106
Whiteley-7	-18,5	-14,3	-7,4	0,000	0,436
SOM-WHI	-11,9	-10,3	-2,1	0,000	0,185
CMD-SQ	-11,5	-11,5	-3,8	0,000	0,167

ikke i arbejde” og mindre med 38,4% for ”somatisk symptomdiagnose og i arbejde”, begge med en hyppighed af uopdaget psykisk lidelse over middel.

Tabel 10.12 omhandler **screeningsgruppen**, og den er opbygget som Tabel 10.10, men for variabelen somatisk symptomdiagnose. Tabellen viser generelle trends. For skalaerne i SF-36 forekommer de højeste scores i skalaer, der især vedrører den fysiske komponent for langtidssygemeldte uden somatisk symptomdiagnose. Derimod er det mere blandet for skalaer, der vedrører den psykiske komponent, men dog entydigt for RE – Begrænsninger – psykisk betinget og den psykiske komponent, MCS, hvor de højeste scores forekommer for langtidssygemeldte med en somatisk symptomdiagnose. For skalaer i CMD-SQ scorer langtidssygemeldte, der ikke har en somatisk symptomdiagnose, højest på skalaerne for depression og angst, mens det er langtidssygemeldte, der har en somatisk symptomdiagnose, som scorer højest på skalaerne for somatisering og sygdomsbekymring. Dette kan for så vidt ikke undre,

da man må regne med, at somatiske symptomdiagnoser er mere relateret til somatoforme lidelser.

Tabel 10.13 omhandler **RCT-gruppen** og **Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen**. Den er opbygget som Tabel 10.11, men for variabelen somatisk symptomdiagnose. Denne tabel viser også en generel trend. Langtidssygemeldte, der har en somatisk symptomdiagnose, har den største forbedring i scores på skalaer for de fysiske komponenter i SF-36, mens langtidssygemeldte, der ikke har en somatisk symptomdiagnose, har det på skalaer for de psykiske komponenter. Langtidssygemeldte, der ikke har en somatisk symptomdiagnose, udviser de største fald i symptomscores på næsten alle skalaer i CMD-SQ, men med relativt mindre forskel mellem skalaer omhandlende somatisering og sygdomsbekymring.

Tabel 10.12 Scores i SF-36 og sum-scores i CMD-SQ for variabelen somatisk symptomdiagnose på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1, med 95%-sikkerhedsgrænser, for RCT-gruppen

Skala	Somatisk symptomdiagnose	Ikke somatisk symptomdiagnose	p
SF-36			
PF - Fysisk funktion	60,4 (57,6-63,2)	73,9 (72,3-75,5)	0,000
RP - Begrænsninger, fysisk betinget	9,8 (6,9-12,7)	26,8 (24,3-29,4)	0,000
BP - Fysisk smerte	32,8 (30,3-35,4)	54,3 (52,3-56,2)	0,000
GH - Alment helbred	55,8 (53,2-58,5)	63,6 (62,0-65,2)	0,000
VT - Energi	43,9 (40,9-46,9)	47,2 (45,6-48,9)	0,064
SF - Social funktion	69,6 (66,4-72,9)	69,0 (67,1-70,9)	0,925
RE - Begrænsninger, psyk. betinget	52,0 (46,7-57,4)	47,1 (44,3-49,9)	0,119
MH - Psykisk velbefindende	64,4 (61,7-67,1)	63,6 (62,0-65,2)	0,750
PCS - Fysisk komponent	33,2 (32,2-34,3)	41,7 (41,0-42,5)	0,000
MCS - Psykisk komponent	46,5 (44,9-48,1)	43,2 (42,1-44,2)	0,007
CMD-SQ			
SCL-8AD	23,4 (21,9-24,8)	25,4 (24,5-26,3)	0,197
SCL-DEP6	10,4 (9,7-11,1)	11,2 (10,8-11,6)	0,158
SCL-ANX4	7,1 (6,6-7,6)	8,0 (7,7-8,3)	0,027
SCL-SOM	25,9 (24,8-27,0)	23,6 (22,9-24,2)	0,000
SCL-8	15,6 (14,7-16,6)	16,8 (16,2-17,4)	0,327
Whiteley-7	14,8 (14,0-15,7)	13,1 (12,6-13,5)	0,000
SOM-WHI	40,7 (38,9-42,5)	36,7 (35,7-37,7)	0,000
CMD-SQ	68,6 (65,4-71,8)	66,4 (64,6-68,2)	0,041

Psykiatriske diagnoser

Tabel 10.14 omhandler **langtidssygemeldte fra RCT-gruppen, der har gennemgået den psykiatriske diagnostiske undersøgelse**. Tabellen viser raskmeldingsrater fordelt på psykiatriske ICD-10-diagnoser, psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet. P-værdien angiver signifikansniveauet for de respektive diagnoser med ingen psykiatrisk diagnose som reference. Den gennemsnitlige rate for alle, der gennemgik den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, er 78,7, hvilket er signifikant mindre end den gennemsnitlige rate for de øvrige langtidssygemeldte. Hele RCT-gruppen har en rate på 99,3 (90,3-109,1) ($p = 0,000$). Alle med en psykiatrisk diagnose har en signifikant lavere rate på 62,8 sammenlignet med langtidssygemeldte uden psykiatrisk diagnose med en rate på 104,8 ($p = 0,001$). De specifikke psykiatriske diagnosegrupper uden komorbiditet (på nær gruppen andre diagnoser uden komorbiditet) har alle en højere rate end psykiatriske diagnoser med komorbiditet, såvel psykiatrisk som somatisk/psykiatrisk komorbiditet.

Tabel 10.13 Ændringer over et år i scores på SF-36 og sum-scores i CMD-SQ for variabelen somatisk symptomdiagnose

Skala	Somatisk symptomdiagnose Ændring i %	Ikke somatisk symptomdiagnose Ændring i %	p over tid	p mellem grupper
SF-36				
PF - Fysisk funktion	15,5	9,5	0,000	0,351
RP - Begrænsninger, fysisk betinget	420,7	141,9	0,000	0,689
BP - Fysisk smerte	55,4	21,0	0,000	0,029
GH - Alment helbred	4,7	4,7	0,014	0,778
VT - Energi	26,6	32,6	0,000	0,068
SF - Social funktion	15,2	22,7	0,000	0,134
RE - Begrænsninger, psyk. betinget	50,8	70,2	0,000	0,301
MH - Psykisk velbefindende	17,4	21,3	0,000	0,068
PCS - Fysisk komponent	14,2	8,7	0,000	0,159
MCS - Psykisk komponent	13,2	19,6	0,000	0,025
CMD-SQ				
SCL-8AD	-7,8	-15,7	0,000	0,002
SCL-DEP6	-5,6	-15,7	0,000	0,001
SCL-ANX4	-9,5	-15,3	0,000	0,025
SCL-SOM	-3,1	-7,7	0,000	0,297
SCL-8	-10,6	-16,7	0,000	0,009
Whiteley-7	-13,9	-13,3	0,000	0,930
SOM-WHI	-7,1	-9,7	0,000	0,511
CMD-SQ	-6,8	-11,2	0,000	0,059

Tabel 10.14 Raskmeldingsrater for langtidssygemeldte, der har gennemgået den diagnostiske undersøgelse, fordelt på psykiatriske ICD-10-diagnoser og komorbiditet

Psykiatrisk undersøgelse, ICD-10	Rate	p
Alle undersøgte	78,7 (67,5-91,7)	-
Alle uden psykiatriske diagnoser	104,8 (84,3-130,4)	0,001
Alle med psykiatriske diagnoser	62,8 (50,8-78,0)	0,001
Ingen komorbiditet		
Depression, let	89,9 (47,2-171,9)	0,583
Depression, moderat og svær	74,8 (51,3-109,9)	0,827
Angst	93,2 (53,2-166,3)	0,693
Somatoform lidelse	-	-
Andre	49,2 (20,6-127,6)	0,298
Komorbiditet		
Depression + angst	54,3 (28,5-108,3)	0,308
Depression + somatoform lidelse	54,6 (20,5-157,5)	0,470
Andre	51,9 (33,1-83,6)	0,054
Psykiatrisk komorbiditet	51,5 (36,8-73,1)	0,006
Somatisk/psykisk komorbiditet	58,9 (43,1-81,2)	0,038

10.2 Sammenfatning

- ▶ Ét år efter at være indgået i den randomiserede kontrol-undersøgelse modtager 24,5% af langtidssygemeldte i kontrolgruppen og 27,7% i interventionsgruppen fortsat sygedagpenge. Henholdsvis 61,3% og 57,7% er raskmeldte til ordinære arbejdsmarkedsvilkår. Ved ophør af observationsperioden er andelen af langtidssygemeldte, der fortsat modtager sygedagpenge, faldet til 10,2% i kontrolgruppen og 14,7% i interventionsgruppen.
- ▶ Den totale rate for raskmelding til normale arbejdsmarkedsvilkår for deltagende langtidssygemeldte i den kontrollerede randomiserede undersøgelse er 99,3 raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage (90,3-109,1). Raten er større i kontrolgruppen med en rate på 106,4 end i interventionsgruppen med en rate på 92,8 ($p = 0,134$). Det kan konkluderes, at interventionen ikke har haft den forventede effekt.
- ▶ For den specifikke gruppe, der er karakteriseret ved at være "i arbejde og uden somatisk symptomdiagnose" er raskmeldingsraterne ens for interventionsgruppen og kontrolgruppen, 121,9, hvorimod den for langtidssygemeldte, der ikke opfylder disse kriterier, er 51,2 for interventionsgruppen og 83,1 for kontrolgruppen.
- ▶ Undersøgelsen har påvist følgende risikofaktorer for langsygemeldingsvarighed: Arbejdsløs (variablen arbejdsforhold med værdien ikke i arbejde), sygemeldingsdiagnosen somatisk symptomdiagnose og herunder somatisk symptomdiagnose for langtidssygemeldte uden psykiatrisk diagnose, modtagelse af sygedagpenge året forud for indeks-sygemeldingen, faldende score på skalaen GH – Alment helbred i SF-36, stigende score i CMD-SQ-skalaerne SCL-8 og SOM-WHI (SCL-SOM og Whiteley-7 kombineret), psykiatriske diagnoser og især psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet.
- ▶ Langtidssygemeldte med kombinationen "ikke faglært og ikke i arbejde" er karakteriseret ved en lav raskmeldingsrate på 46,9. Angivet i procent af screeningsgruppen har disse langtidssygemeldte stor hyppighed af psykisk lidelse, 77,6%, stor hyppighed af uopdaget psykisk lidelse, 32,2%, lav psykisk livskvalitet og høje symptomscorer på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1 samt den mindste fremgang i symptomscorer og livskvalitet efter et år.
- ▶ Langtidssygemeldte med somatisk symptomdiagnose er karakteriseret ved en lav raskmeldingsrate på 71,2. Angivet i procent af screeningsgruppen har disse langtidssygemeldte stor hyppighed af somatoform lidelse, 20,5%, stor hyppighed af uopdaget psykisk lidelse, 38,6%, høje symptomscorer og lav livskvalitet på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1 samt lav fremgang af psykisk livskvalitet og symptomscorer efter et år.
- ▶ Der er ubetydelige forskelle mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen i anvendelsen af rehabiliteringsfremmende aktiviteter og afklarende aktiviteter i form af erklæringer fra læger og psykologer. Den mest specifikke anvendte rehabiliteringsfremmende foranstaltning under observationsperioden er virksomhedspraktik.
- ▶ Raten for raskmelding varierer i forhold til varigheden af sygemeldingen med den maksimale rate i intervallet 30-59 dage efter at være indgået i undersøgelsen med en rate på 206,6 for kontrolgruppen og 165,0 for interventionsgruppen.

11. Bortfaldsanalyser

Bortfaldsanalyser er analyser, der skal undersøge, om de resultater, der er fundet i en undersøgelse, kan generaliseres til at gælde for de forsøgspersoner, som ikke har ønsket at deltage. Et spørgsmål er, om den population, der er udtaget til undersøgelse, er repræsentativ for hele populationen. Et andet spørgsmål er, om den gruppe, som ikke ønsker at deltage i undersøgelsen, afviger fra den gruppe, som deltager i undersøgelsen. I herværende undersøgelse drejer det sig om en undersøgelse af, om resultaterne for de langtidssygemeldte, der ønskede at deltage i undersøgelsen, kan siges at gælde for de langtidssygemeldte, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, og hvis ikke dette er tilfældet, i hvilken retning adskiller den ikke-deltagende gruppe sig i forhold til den deltagende gruppe i relation til det eller de effektmål, der er for undersøgelsen?

I herværende undersøgelse er der tale om to bortfald. Det ene bortfald – **Bortfald-1** – omhandler den gruppe af langtidssygemeldte, som ikke besvarede Spørgeskema-1. Udsendelse af rykkere i denne fase er kaldt **Rykker-1**. Varigheden på besvarelse af Spørgeskema-1 er kaldt **Svartid-1**. Ved opdeling af Svartid-1 for Spørgeskema-1 er svartiderne opdelt i forhold til medianen for RCT-gruppen og opdelt således, at nedre median indeholder den mediane svartid.

Det andet bortfald – **Bortfald-2** – er de langtidssygemeldte, der deltog i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, men som ikke udfyldte Spørgeskema-2. Bortfald-2 omfatter langtidssygemeldte, som ikke ønskede at deltage, og langtidssygemeldte, som ikke kunne deltage af anden grund, eksempelvis død eller flytning fra de deltagende kommuner. Udsendelse af rykkere i denne fase er kaldt **Rykker-2**. For denne bortfaldsanalyse er der defineret en **Svartid-2** tilsvarende Svartid-1.

Formål

Ved bortfaldsanalyser findes flere muligheder for at udtale sig om, hvorvidt de deltagende i en undersøgelse kan formodes at være sammenlignelige med de ikke-deltagende. Der findes en del litteratur angående teorier og analyser af bortfald. I denne sammenhæng er der fundet inspiration i undersøgelser foretaget af Tennant & Badley [262], Mond et al. [263] og Bisoffi et al. [244]. På denne baggrund er foretaget følgende analyser:

- ▶ Undersøgelse af hyppigheden af psykisk lidelse ved anvendelse af data, der er tilgængelige for både deltagende og ikke-deltagende [244-247].

- ▶ Sammenligning af data, der er tilgængelige for både deltagende og ikke-deltagende [263].
- ▶ Sammenligning af langtidssygemeldte, der har fået tilsendt rykker for svar, og langtidssygemeldte, der ikke har fået tilsendt rykker. Hypotesen er, at forsøgspersoner, der får tilsendt en rykker, i højere grad er sammenlignelige med potentielle forsøgspersoner, der ikke deltager, end forsøgspersoner, der ikke får tilsendt en rykker [262, 263].
- ▶ Sammenligning af langtidssygemeldte, der svarer tidligt efter modtagelsen af et spørgeskema med langtidssygemeldte, der svarer sent, samt analyse af, om der er relation mellem svartid og diagnosehyppigheden. Hypotesen er, at forsøgspersoner, der svarer sent, i højere grad minder om dem, der ikke deltager, end forsøgspersoner, der svarer tidligt [262, 263].
- ▶ Hyppigheden af psykisk lidelse som funktion af svartiden.

Studiepopulation

Ved analyser af **Bortfald-1** er der analyseret på totalgruppen (2.414 personer) og screeningsgruppen. For **Bortfald-2** er udgangspunktet RCT-gruppen, de 844 langtidssygemeldte, som oprindeligt deltog i den randomiserede kontrollerede undersøgelse. Gruppen på 691 langtidssygemeldte, der besvarede **Spørgeskema-2**, dvs. Gruppe for opfølgning af RCT-undersøgelsen, sammenlignes med de 153 langtidssygemeldte, der ikke besvarede Spørgeskema-2.

Data

De anvendte data i undersøgelsen er sociodemografiske variabler, DREAM-variabler (overførselsindkomst året før), sygemeldingsdiagnoser, sum-scores i CMD-SQ og scores i SF-36-skalaerne i Spørgeskema-1 samt oplysninger indhentet fra kommunen et år efter udsendelse af Spørgeskema-1 i form af årsskema.

Statistik og analyser

Ved sammenligning af nominelle data er der anvendt Chi²-test. Ved sammenligning af kontinuerlige data er der anvendt Wilcoxon's rangsum test og Kruskal Wallis test, idet data ikke er normalfordelte. Ved udregning af diagnosehyppigheder er der anvendt vægtet logistisk regression som beskrevet af Dunn et al. [243] og Bisoffi et al. [244]. Ved regressionsanalyser er der anvendt en backward stepwise procedure med signifikans niveau på 5% i Wald-testen (se Kapitel 3). Der er i teksten anført effektmål, som ikke fremgår af tabeller, og i disse tilfælde er 95%-sikkerhedsgrænser anført i parentes efter effektmålene.

11.1 Resultater - Bortfald-1

Bortfald-1 består af tre undergrupper. I forbindelse med udsendelse af Spørgeskema-1 var vedlagt en svartalon, som den langtidssygemeldte kunne returnere med meddelelse om, at vedkommende ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Nogle har benyttet sig af denne mulighed. Andre har telefonisk eller pr. mail meddelt, at man ikke ønskede deltagelse i undersøgelsen. Tilkendegivelse om manglende ønske om at deltage er kaldt **afslag**. I alt 709 (29,4%) afslog aktivt deltagelse i undersøgelsen. Denne gruppe indeholder den langtidssygemeldte, som deltog i den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, men som efterfølgende ikke ønskede at deltage. For 576 (23,9%) langtidssygemeldte var der ikke nogen respons overhovedet, kaldet **ubesvaret**. Otte (0,3%) langtidssygemeldte udgik på grund af **manglende opfyldelse af inklusionskriterierne**. Langtidssygemeldte, der har givet afslag, kan have modtaget rykker, hvis afslaget først er modtaget efter udsendelse af rykker.

Bortfald-1 var på 1.293 ud af 2.414 langtidssygemeldte (53,6%) og Bortfald-2 på 153 ud af de omfattede 844 langtidssygemeldte (18,1%).

Undersøgelse af hyppigheden af psykisk lidelse ved anvendelse af data, der er tilgængelige for både deltagende og ikke-deltagende

I Kapitel 4, Tabel 4.9 blev der foretaget en Q-ROC-analyse af SCL-8AD med inddragelse af covariablerne køn, alder, bopælskommune og DREAM-variabler. Det fandtes under de nævnte forudsætninger, at diagnosehyppigheden af alle psykiatriske diagnoser var ca. 2%-point lavere i totalgruppen sammenlignet med hyppigheden i screeningsgruppen. Denne forskel ligger inden for analyseusikkerheden, hvorfor resultater fra screeningsgruppen under disse forudsætninger kan ekstrapoleres til totalgruppen.

Sammenligning af data, der er tilgængelige for både deltagende og ikke-deltagende

Tabel 11.1 viser en fordeling på køn, alder, bopælskommune og DREAM-variabler for totalgruppen fordelt på screeningsgruppen og Bortfald-1. Der er signifikante forskelle for variablerne køn og alder. I Bortfald-1 er der relativt flere mænd med 49,0% end i screeningsgruppen med 43,1% ($p = 0,003$). Alderen er gennemsnitligt lavere i Bortfald-1 med 43,0 år end i screeningsgruppen med 44,1 år ($p = 0,010$). Der er ikke signifikante forskelle for fordelingen på kommuner. For DREAM-variabler er der en lidt mindre procentdel, der ikke har modtaget overførselsindkomster året forud for sygdommeldingen med 44,6% i Bortfald-1 sammenlignet med 48,2% for screeningsgruppen ($p = 0,075$). For de enkelte overførselsindkomster er der ubetydelige forskelle imellem Bortfald-1 og screeningsgruppen, bortset fra skånejob med 0,9% for Bortfald-1 og 0,3% for screeningsgruppen ($p = 0,060$).

Tabel 11.2 viser resultatet af fire logistiske regressioner, afslag mod deltaget, afslag mod ubesvaret, ubesvaret mod deltaget og deltaget mod Bortfald-1. Tabellen er bygget således op, at der er anført en odds-ratio (OR) for den første gruppe, som er anført i overskriften for hver del af tabellen i forhold til den anden gruppe. Dernæst er det for hver værdi af den uafhængige variabel vist, hvor hyppigt den uafhængige variabel er repræsenteret i de respektive grupper. Konkret betyder det for den første del af tabellen, afslag mod deltaget, at OR for "alder under 50 år" på 0,769 angiver, at der for "alder under 50 år" er 0,769 gange mindre sandsynlighed for afslag end for deltaget. Dette fremgår også af tabeldelen til højre, som angiver hyppigheden af "alder under 40 år" i grupperne afslag og deltaget. Dernæst følger det samme for "ingen overførselsindkomst året før" og "øvrige overførselsindkomster året før". Den første logistiske regression, afslag mod deltaget, viser, at den anførte værdi for alle uafhængige variabler har en OR under 1, hvilket betyder nedsat sandsynlighed for afslag. Tabellen viser videre, at langtidssygemeldte, der ikke har modtaget nogen overførselsindkomster i året forud for indeks-sygemeldingen, langtidssygemeldte, der fik sygedagpenge i året forud for indeks-sygemeldingen, og langtidssygemeldte, der modtog øvrige overførselsindkomster i året forud for indeks-sygemeldingen, også er mindre repræsenterede blandt langtidssygemeldte, der har givet afslag, end langtidssygemeldte, der har deltaget. Når den bivariabel analyse med angivelse af hyppighed af "ingen overførselsindkomst i året forud" alligevel forekommer med en højere procent i afslag end i deltaget, skyldes det, at der her er tale om en bivariabel analyse, hvor der ikke er kontrolleret for de øvrige faktorer.

Den anden logistiske regression sammenligner afslag mod ubesvaret. Langtidssygemeldte "under 50 år" forekommer sjældnere for afslag end ubesvaret, ($OR = 0,321$). Kvinder forekommer hyppigere for afslag end for ubesvaret. Langtidssygemeldte, der har modtaget sygedagpenge, øvrige overførselsindkomster og førtidspension i året forud for indeks-sygemeldingen, forekommer sjældnere for afslag end for ubesvaret, idet odds ratio for alle er signifikant under 1. Det samme fremgår af de anførte hyppigheder.

Den tredje logistiske regression viser ubesvaret mod deltaget. Langtidssygemeldte under 40 år forekommer hyppigere for ubesvaret end for deltaget med en OR på 1,975. Kvinder og langtidssygemeldte, der ikke har modtaget overførselsindkomster i året forud for indeks-sygemeldingen, forekommer relativt sjældnere for ubesvaret end for deltaget.

Den sidste logistiske regression sammenligner deltaget med Bortfald-1. Kvinder deltager relativt hyppigere og langtidssygemeldte under 50 år relativt sjældnere i undersøgelsen.

Sammenligning af langtidssygemeldte, der har fået tilsendt rykker for svar, og langtidssygemeldte, der ikke har fået tilsendt rykker

Tabel 11.3 viser en fordeling på køn, alder, kommune og DREAM-variabler for Bortfald-1 og screeningsgruppen, med underopdeling på, om der er rykket (Rykker-1) eller ikke er rykket for besvarelse.

Første del af analysen omhandler Bortfald-1, langtidssygemeldte, der ikke har besvaret Spørgeskema-1. Af de 1.293 langtidssygemeldte blev der rykket for svar hos 822 (63,3%). De 471 langtidssygemeldte, der ikke blev rykket, er sammensat af 465 langtidssygemeldte, som ikke ønskede at deltage, fem blev udelukket på grund af eksklusionskriterierne, og én person deltog oprindeligt, men ønskede senere, at alle data blev slettet. Gruppen af rykket sammenlignet med ikke-rykket indeholder signifikant færre kvinder end mænd ($p = 0,000$), og gennemsnitsalderen er signifikant lavere ($p = 0,000$). Der er ikke forskelle i kommunefordelingen. For DREAM-variablerne ses for rykket en signifikant mindre procentdel end for ikke-rykket af langtidssygemeldte, der ikke modtog nogen overførselsindkomst i året forud for indeks-sygemeldingen.

Anden del af analysen omhandler screeningsgruppen. Heraf blev 803 (28,4%) rykket for besvarelse. De bivariable analyser fremgår også af Tabel 11.3, men de skal ikke gennemgås her, idet data for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser og skalaer i SF-36 og CMD-SQ er kendt for alle, hvorfor der i stedet for bivariable analyser er foretaget en logistisk regression med OR for rykket over for ikke-rykket omfattende alle variabler efter strategien, som er beskrevet i Kapitel 3. Resultaterne fremgår af Tabel 11.4. Aldersgruppen 50-59 år er i mindre grad blevet rykket end andre aldersgrupper. En stigning på 1 i scoren for SF – Social funktion i SF-36 betyder også, at der i mindre grad er blevet rykket. For langtidssygemeldte med sygemeldingsdiagnoser lydende på muskuloskeletal lidelse og infektionssygdom har der været rykket mere.

Hyppigheden af psykisk lidelse er bestemt for ikke-rykket og rykket ved vægtet logistisk regression. Her er hyppigheden meget ens i de to grupper, 48,5% (41,7% - 55,3%) for ikke-rykket og 49,9% (37,9% - 62,0%) for rykket.

Sammenligning af langtidssygemeldte, der svarer tidligt efter modtagelsen af Spørgeskema-1, med langtidssygemeldte, der svarer sent, samt analyse af, om der er relation mellem svartid og diagnosehyppighed. Ved denne analyse er der også foretaget en logistisk regression, efter retningslinjer som er beskrevet i Kapitel 3 med anvendelse af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser samt skalaer i SF-36 og CMD-SQ over for en dikotomiseret variabel af Svartid-1. OR over 1 angiver øget sandsynlighed for øvre median, dvs. lang svartid. Resultaterne af denne analyse fremgår af Tabel 11.5. Svartiden er afhængig af flere faktorer. Aldersgruppen 40-59 år har nedsat sandsynlighed for lang svartid, gruppen svarer hurtigere end de øvrige aldersgrupper. Langtidssygemeldte fra by (Herning) og flere varianter af sygemeldingsdiagnoserne medfører alle hurtigere svartid, bortset fra "psykiatrisk og kun specifik somatisk sygemeldingsdiagnose".

Hyppigheden af psykisk lidelse som funktion af svartiden

I en analyse, hvor svartiden er opdelt i kvartiler, er hyppigheden af alle psykiatriske diagnoser beregnet ved vægtet logistisk regression for hver kvartil. I første kvartil er hyppigheden af psykisk lidelse 42,8% (32,9% - 52,6%), i anden kvartil 48,1% (34,8% - 61,7%), i tredje kvartil 53,1% (41,5% - 64,4%), og i fjerde kvartil 49,4% (35,3% - 63,5%). Der kan således ikke udledes nogen sikker trend i diagnosehyppigheden som funktion af svartiden.

En videre analyse af, om sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose afhænger af svartiden, er foretaget i Tabel 11.6 ved en lineær regression med psykiatrisk diagnose som uafhængig variabel og svartiden som afhængig variabel, både i form af en uvægtet analyse for de 337 langtidssygemeldte, der gennemgik den diagnostiske undersøgelse, og en vægtet analyse med vægtning op til de 1.121 i screeningsgruppen. I begge analyser er regressionskoefficienterne for en psykiatrisk diagnose positiv, hvilket antyder, at tilstedeværelsen af en psykiatrisk diagnose er forbundet med længere svartid, men regressionskoefficienterne er langt fra signifikante, hvorfor der må konkluderes ikke at være nogen sammenhæng mellem tilstedeværelsen af en psykiatrisk diagnose og svartiden.

Begge analyser viser således, at sandsynligheden for at få en psykiatrisk diagnose er uafhængig af svartiden.

Tabel 11.1 Demografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) for alle sygemeldte fordelt på screeningsgruppen og Bortfald-1

Variabel	Totalgruppen N = 2.414	Screenings- gruppen N = 1.121	Bortfald-1 N = 1.293	p
Kønsfordeling - %				
Mænd	46,3	43,1	49,0	0,003
Kvinder	53,7	56,9	51,0	
Gennemsnitsalder	43,5	44,1	43,0	0,010
Kommune - %				
Egvad	7,1	7,0	7,3	0,480
Herning	51,6	53,2	50,3	
Holmsland	4,9	4,4	5,3	
Ringkøbing	14,6	13,7	15,4	
Skjern	11,4	12,0	10,9	
Videbæk	10,4	9,8	10,8	
Overførselsindkomst				
Ingen, forekomst i %	46,2	48,2	44,6	0,075
Orlov, forekomst i %	0,8	0,9	0,8	0,748
Skånejob, forekomst i %	0,6	0,3	0,9	0,060
Fleksjob, forekomst i %	4,1	3,9	4,3	0,618
Revalidering, forekomst i %	0,7	0,5	0,9	0,355
Førtidspension, forekomst i %	0,4	0,4	0,5	0,683
Ledighed, uger i gnsn.	5,4	5,1	5,7	0,253
Sygedagpenge, uger i gnsn.	3,0	3,1	2,9	0,951
Øvrig, uger i gnsn.	1,6	1,4	1,8	0,485

Tabel 11.2 Logistiske regressioner, der viser sammenhæng mellem deltagelse i undersøgelsen, afslag på deltagelse i undersøgelsen og helt ubesvaret samt hyppighed af uafhængig variabel for deltaget, afslag og ubesvaret**AFSLAG MOD DELTAGET, N = 1.830**

Uafhængig variabel	OR	Afslag	Deltaget
Alder under 50 år	0,769 (0,634-0,934)	55,9 (52,2-59,5)	62,6 (59,8-65,5)
Ingen overførselsindkomst året før	0,740 (0,572-0,957)	49,1 (45,4-52,8)	48,2 (45,2-51,1)
Sygedagpenge året før	0,664 (0,506-0,871)	27,8 (24,5-31,1)	32,9 (30,2-35,7)
Øvrig overførselsindkomst året før	0,647 (0,439-0,951)	6,3 (4,5-8,1)	9,0 (7,3-10,7)
Konstant	1,001 (0,780-1,284)		

AFSLAG MOD UBESVARET, N = 1.285

Uafhængig variabel	OR	Afslag	Ubesvaret
Alder under 50 år	0,321 (0,247-0,417)	55,9 (52,2-59,5)	80,4 (77,1-83,6)
Kvinde	2,121 (1,677-2,684)	59,2 (55,6-62,9)	41,0 (36,9-45,0)
Sygedagpenge året før	0,707 (0,551-0,907)	27,8 (24,5-31,1)	38,9 (34,9-42,9)
Førtidspension året før	0,108 (0,012-0,948)	0,1 (0,0-0,4)	0,9 (0,1-1,6)
Øvrig overførselsindkomst året før	0,452 (0,301-0,677)	6,3 (4,5-8,1)	14,1 (11,2-16,9)
Konstant	2,264 (1,754-2,922)		

UBESVARET MOD DELTAGET, N = 1.697

Uafhængig variabel	OR	Ubesvaret	Deltaget
Alder under 40 år	1,975 (1,602-2,435)	50,0 (45,9-54,1)	34,0 (31,2-36,8)
Kvinde	0,504 (0,409-0,620)	41,0 (36,9-45,0)	56,9 (54,0-59,8)
Ingen overførselsindkomst året før	0,707 (0,573-0,872)	38,5 (34,6-42,5)	48,2 (45,2-51,1)
Konstant	0,629 (0,520-0,759)		

DELTAGET MOD IKKE DELTAGET, N = 2.414

Uafhængig variabel	OR	Deltaget	Bortfald-1
Kvinde	1,284 (1,092-1,508)	56,9 (54,0-59,8)	51,0 (48,2-53,7)
Alder under 50 år	0,815 (0,689-0,964)	62,6 (59,8-65,5)	67,0 (64,4-69,5)
Konstant	0,865 (0,739-1,013)		

Tabel 11.3 Demografiske variabler og DREAM-variabler (overførselsindkomst) for Bortfald-1 og screeningsgruppen, fordelt på rykket og ikke-rykket

Variabel	Bortfald-1		p	Screeningsgruppen		p
	Rykket N = 822	Ikke- Rykket N = 471		Rykket N = 318	Ikke- Rykket N = 803	
Kønsfordeling - %						
Mænd	53,7	41,0	0,000	42,8	43,2	0,892
Kvinder	46,4	59,0		57,2	56,8	
Gennemsnitsalder	41,1	46,1	0,000	42,2	44,8	0,000
Kommune - %						
Egvad	7,4	7,0	0,394	9,1	6,1	0,107
Herning	50,5	49,9		48,7	54,9	
Holmsland	5,1	5,7		5,4	4,0	
Ringkøbing	14,8	16,4		12,6	14,2	
Skjern	10,1	12,3		14,8	10,8	
Videbæk	12,0	8,7		9,4	10,0	
Overførselsindkomst						
Ingen, forekomst i %	41,0	50,7	0,001	45,6	49,2	0,278
Orlov, forekomst i %	0,9	0,6	0,672	0,9	0,9	0,908
Skånejob, forekomst i %	1,0	0,6	0,526	0,3	0,3	0,848
Fleksjob, forekomst i %	3,3	6,2	0,015	3,8	4,0	0,869
Revalidering, forekomst i %	1,0	0,6	0,526	0,9	0,4	0,239
Førtidspension, forekomst i %	0,6	0,2	0,313	0,3	0,4	0,881
Ledighed, uger i gnsn.	6,2	4,9	0,020	5,4	4,9	0,477
Sygedagpenge, uger i gnsn.	3,4	2,1	0,000	3,3	3,0	0,233
Øvrig, uger i gnsn.	2,2	1,1	0,002	1,3	1,5	0,965

Tabel 11.4 Logistisk regression med sociodemografiske variabler, DREAM-variabler (overførselsindkomst), sygemeldingsdiagnoser (ICPC-diagnoser), skalaer i SF-36 og CMD-SQ over for rykket

Variabel	OR
Alder 50-59 år	0,61 (0,46-0,83)
Muskuloskeletal, sygemeldingsdiagnose	1,53 (1,17-2,01)
Infektion, sygemeldingsdiagnose	2,91 (1,23-6,90)
SF - Social funktion	0,99 (0,99-0,99)
Konstant	0,55 (0,38-0,78)

Variabel	OR
Sociodemografiske variabler	
Alder 40-49 år	0,72 (0,53-0,97)
Alder 50-59 år	0,67 (0,50-0,90)
By	0,74 (0,58-0,94)
Sygemeldingsdiagnoser, ICPC	
Anden specifik medicinsk lidelse	0,30 (0,13-0,66)
Neoplasme	0,21 (0,08-0,55)
Skade	0,30 (0,13-0,67)
Psykiatrisk sygemeldingsdiagnose	0,29 (0,13-0,67)
Kun somatisk symptomdiagnose	0,42 (0,18-0,96)
Psykiatrisk og kun specifik somatisk diagnose	6,13 (1,88-19,99)
Konstant	2,87 (1,27-6,50)

Tabel 11.5 Logistisk regression med sociodemografiske variabler, DREAM-variabler (overførselsindkomst), sygemeldingsdiagnoser (ICPC-diagnoser), skalaer i SF-36 og CMD-SQ over for en dikotomiseret variabel af svartiden (svartid dikotomiseret ved medianen med øvre median kodet 1)

Regressionsmodel	Koefficient/konstant
Uvægtet regression	
Psykiatrisk diagnose, ICD-10	0,000565 (-0,007390-0,008520)
Konstant	0,551579 (0,448228-0,654929)
Vægtet regression med SCL-8AD til 1.121 sygemeldte	
Psykiatrisk diagnose, ICD-10	0,002405 (-0,006134-0,010944)
Konstant	0,455977 (0,344196-0,567757)

Tabel 11.6 Lineær regression med psykiatrisk diagnose stillet ved diagnostisk undersøgelse som uafhængig variabel og svartid som afhængig variabel

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Bortfald-2	Deltaget
Alle	56,2 (43,0-68,5)	54,7 (48,3-60,8)
Depression	38,1 (25,7-52,2)	41,9 (36,0-48,1)
Angst	14,9 (8,2-25,5)	16,3 (12,4-21,1)
Somatoform lidelse	5,8 (2,1-14,6)	8,7 (5,8-12,7)
Misbrug	5,1 (1,8-13,3)	4,1 (2,4-7,2)

Tabel 11.7 Hyppighed af psykiatriske diagnoser stillet ved diagnostisk undersøgelse for RCT-gruppen fordelt på deltagende og ikke deltagende (Bortfald-2) i opfølgingsundersøgelsen, angivet i %

11.2 Sammenfatning - Bortfald-1

- ▶ Bortfald-1 er det bortfald, der gælder for besvarelse af Spørgeskema-1. Af de 2.414 langtidssygemeldte er der 1.293, som ikke besvarede spørgeskemaet (53,6%).
- ▶ Bortfald-1 er sammensat af tre grupper: **afslag**, 709 (29,4%) langtidssygemeldte, der via svartalon eller på anden vis aktivt afslog deltagelse i undersøgelsen, **ubesvaret**, 576 (23,9%) langtidssygemeldte, hvor der ikke var nogen respons overhovedet, og otte (0,3%) med **manglende opfyldelse af inklusionskriterierne**.
- ▶ Bortfald-1 er karakteriseret ved relativt flere mænd end kvinder og lavere gennemsnitsalder end screeningsgruppen.
- ▶ Logistiske regressioner, der analyserer afslag mod deltaget, afslag mod ubesvaret og ubesvaret mod deltaget, viser flere betydende forskelle mellem grupperne afslag, ubesvaret og deltaget.
- ▶ En teori om, at forsøgspersoner, der rykkes for svar, i højere grad ligner bortfaldsgruppen end forsøgspersoner, der ikke rykkes, er analyseret. Endvidere er en teori om, at forsøgspersoner, der har lang svartid på et spørgeskema, i højere grad ligner bortfaldsgruppen end forsøgspersoner, der har kort svartid, analyseret. Begge analyser giver komplekse resultater, hvor det er vanskeligt at udlede noget entydigt resultat, andet end at Bortfald-1 er differentieret i forhold til screeningsgruppen, ud fra disse teorier.
- ▶ Hyppigheden af psykisk lidelse er estimeret til at være ca. 2% mindre i totalgruppen end i screeningsgruppen, hvorfor det kan konkluderes, at diagnosehyppigheden i bortfaldsgruppen er tilsvarende den i den deltagende gruppe. Der er indikatorer for, at bortfaldsgruppen adskiller sig fra den deltagende gruppe på sociodemografiske faktorer og modtagelse af overførselsindkomster.

11.3 Resultater - Bortfald-2

Analyse af hyppighed af psykisk lidelse i bortfaldsgruppen og i den deltagende gruppe

Hyppigheden af psykiatriske diagnoser for Bortfald-2 og for langtidssygemeldte, der har deltaget i opfølgingsundersøgelsen af RCT-gruppen, er bestemt ved vægtet logistisk regression. Resultaterne fremgår af Tabel 11.7. Det første iøjnefaldende er, at hyppigheden af psykiatriske diagnoser er større i RCT-gruppen end i screeningsgruppen. Dette følger af screeningskriterierne for at deltage i den randomiserede kontrollerede undersøgelse.

Med hensyn til den totale hyppighed af en psykiatrisk diagnose er den 56,2% i Bortfald-2 sammenlignet med en hyppighed på 54,7% for langtidssygemeldte, der har deltaget i opfølgningen. Generelt set er der således ikke nogen væsentlig forskel i diagnosehyppigheden mellem de to grupper. Der forekommer dog

en trend i retning af flere med depression og angst i den deltagende gruppe, hvilket er modsat retningen for alle psykiatriske diagnoser som helhed. Dette betyder en trend i retning af, at relativt flere med sjældnere forekommende diagnosegrupper, som meget ofte har en blandet psykopatologi, relativt hyppigere har undladt at deltage i opfølgningen.

Sammenligning af data, der er tilgængelige for deltagende og ikke-deltagende

RCT-gruppen består af 844 langtidssygemeldte, men Spørgeskema-2 er kun udsendt til 834 af disse, fordi nogle var døde, og andre ønskede ikke at deltage yderligere. Heraf besvarede 691 Spørgeskema-2. Set i forhold til den totale RCT-gruppe er bortfaldet på 18,1%, og i forhold til dem, der havde mulighed for at besvare spørgeskemaet, 17,1%.

Ved analyse af Bortfald-2 haves data for sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser, scores i SF-36 og sum-scores for skalaer i CMD-SQ. Alle disse variabler er analyseret ved logistisk regression efter strategien, som er beskrevet i Kapitel 3. Den endelige model for disse analyser er vist i Tabel 11.8. Den eneste betydende variabel for Bortfald-2 er variabelen skoleuddannelse, hvor alene folkeskole har en OR på 0,395 (0,198–0,787) medførende, at "alene folkeskole" har en betydeligt nedsat sandsynlighed for at deltage i opfølgingsundersøgelsen. Hyppigheden af "alene folkeskole" er i Bortfald-2 78,8% (71,9% - 85,8%) og i deltaget 65,7% (62,1% - 69,3%).

Tabel 11.9 viser en fordeling af årsskemavariablerne på RCT-gruppen, deltaget og Bortfald-2. Der er kun signifikante forskelle med hensyn til ophørsårsag. Der er færre raskmeldte i Bortfald-2 med 63,0% end i deltaget med 73,8%. Forskellen skyldes især, at der i Bortfald-2 er flere, der fik tilkendt førtidspension (13,3%) end for deltaget (5,3%). Død viser også større hyppighed i Bortfald-2 (årsagen til, at de indgår i Bortfald-2) end i deltaget. Modsat er der færre, der er overgået til fleksjob i Bortfald-2 med 2,2% sammenlignet med deltaget med 7,3%.

Ved analyserne af Bortfald-2 vil der ikke blive præsenteret data for Rykker-2 og Svartid-2, dels fordi resultaterne viser få og ubetydelige forskelle, og dels fordi det i denne bortfaldsanalyse har været muligt med sammenligninger på alle indgående variabler i undersøgelsen.

Tabel 11.8 Logistisk regression med sociodemografiske variabler, DREAM-variabler (overførselsindkomst), sygemeldingsdiagnoser (ICPC-diagnoser), skalaer i SF-36 og CMD-SQ samt hyppighed af uafhængig variabel for deltaget i opfølgning mod Bortfald-2

Variabel	OR	Hyppighed i %	
		Deltaget	Bortfald-2
Alene folkeskole	0,395 (0,198-0,787)	65,7 (62,1-69,3)	78,8 (71,9-85,8)
Konstant	7,081 (3,670-13,662)		

Tabel 11.9 Årsskemavariabler angivet i % for RCT-gruppen og fordelt på deltaget i opfølgning og Bortfald-2

Årsskemavariabel	RCT-gruppen	Deltaget	Bortfald-2	p
	N = 844	N = 691	N = 153	
Ved indgang i projektet				
Fleksjob	4,2	3,6	6,5	0,101
Kendskab til psykisk lidelse	32,8	32,7	33,3	0,881
Sygemelding ophørt	87,6	87,4	88,2	0,779
Ophørsårsag				
Raskmeldt	71,9	73,8	63,0	
Revalidering	4,7	5,0	3,7	
Raskmeldt af forvaltning	4,3	4,1	5,2	
Overskridelse af varighed	3,1	3,0	3,7	
Død	1,0	0,0	5,2	0,000
Tilkendt førtidspension	6,8	5,3	13,3	
Flyttet	1,0	1,0	0,7	
Ophør i forbindelse med barsel	1,0	0,5	3,0	
Overgår til fleksjob	6,4	7,3	2,2	
Aktiviteter i observationsperioden				
Psykologisk behandling	0,8	0,9	0,7	0,791
Psykiatrisk undervisningstilbud	0,6	0,6	0,7	0,913
Virksomhedspraktik	13,2	13,5	11,8	0,575
Andre aktiviteter	14,6	15,1	12,4	0,404
Psykiatrisk speciallægeundersøgelse	3,6	3,8	2,6	0,488
Neuropsykologisk undersøgelse	2,6	2,3	3,9	0,259
Almenpsykologisk undersøgelse	1,9	1,9	2,0	0,948
Anden speciallægeundersøgelse	3,7	3,6	3,9	0,857
Generel/specifik helbredsattest	13,5	13,2	15,0	0,542

11.4 Sammenfatning - Bortfald-2

- ▶ Bortfaldet ved den randomiserede kontrollerede undersøgelse (Bortfald-2) er på 18,2% af hele RCT-gruppen på 844 langtidssygemeldte. Pga. dødsfald og manglende ønske om yderligere deltagelse var der kun 834 langtidssygemeldte, som fik tilsendt Spørgeskema-2, og af disse undlod 17,1% at besvare.
- ▶ Forskellen i diagnosehyppighed mellem Bortfald-2 og deltaget i opfølgningen er ubetydelig, men der er en trend i retning af, at depression og angst forekommer relativt hyppigere i deltaget end i Bortfald-2.
- ▶ Af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser, scores i SF-36 og sum-scores i CMD-SQ er den eneste betydende variabel for forskel imellem deltaget og Bortfald-2 skoleuddannelse. Alene folkeskole betyder en nedsat sandsynlighed for deltagelse i opfølgningen.

ressourcer at kunne være en begrundelse. En mindre gruppe på 11 angiver som begrundelse sproglige barrierer eller, at personen opholder sig et sted, som gør deltagelse umulig. I 37 tilfælde anføres utilfredshed med en sådan undersøgelse, hovedsageligt med begrundelsen ressourcespild og i få tilfælde frygt for overvågning og brud på kommunernes tavshedspligt. Den væsentligste årsag til manglende deltagelse er således den langtidssygemeldtes egen vurdering af relevansen ud fra personlige behov og ikke en vurdering af det generelle perspektiv i undersøgelsen.

11.5 Analyse af afslag

Årsagen til det store bortfald på over 50% i forbindelse med Spørgeskema-1 formodes at skyldes, at undersøgelsen er udgået fra en psykiatrisk afdeling, idet de langtidssygemeldte kan have følt sig stigmatiserede som psykisk lidende. Dette på trods af, at det i det fremsendte informationsmateriale blev oplyst, at der var tale om en undersøgelse af forekomsten af psykisk lidelse i en gruppe af langtidssygemeldte, og at deltagelse i undersøgelsen ikke implicerede, at der var tale om, at de skulle opfattes som psykisk syge. Endvidere blev det meddelt, at oplysningerne kun ville findes i forskningsregistret, og at man ikke blev registreret i det psykiatriske system. De 2.414 langtidssygemeldte, der optimalt skulle indgå i undersøgelsen, fik med anmodningen, ud over spørgeskemaet og informationsmateriale, tillige tilsendt en svartalon, hvor det kunne anføres, at man ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, og gerne med begrundelse. Af de 2.414 returnerede 709 (29,4%) denne talon eller angav på anden vis, at man ikke ønskede at deltage. Begrundelserne kan ikke kategoriseres entydigt, eksempelvis kan det ikke afgøres entydigt om en sygemelding på grund af en pårørendes terminale sygdom skal kategoriseres som et afslag, hvor den langtidssygemeldte ikke finder undersøgelsen relevant for vedkommende, eller om det skyldes mangel på ressourcer. Der er afgivet 280 begrundelser for ikke at deltage. I 161 tilfælde vurderes afslaget begrundet i, at den langtidssygemeldte ikke finder deltagelse relevant, hovedsageligt fordi den langtidssygemeldte vurderer deltagelse irrelevant på grund af somatisk lidelse, men også med begrundelser, hvor den langtidssygemeldte vurderer, at vedkommende er i tilstrækkelig behandling (inklusive behandling for psykisk lidelse eller stress), eller at vedkommende allerede har fået det bedre. En gruppe på 56 angiver som begrundelse, at vedkommende igen er påbegyndt arbejde, eller at starttidspunkt for dette er planlagt. For en gruppe på 45 vurderes manglende

12. Sammenfatning

12.1 Baggrund

Hyppigheden af psykisk lidelse i befolkningen er stor, varierende i forskellige undersøgelser med angivelser af 12-måneders prævalenser for psykisk lidelse totalt 10% - 27%, hovedsageligt i form af depression 4% - 9%, angst 6% - 12% og alkoholmisbrug 1% - 5% [1-4]. Byrderne af psykisk lidelse er stor for den syge selv, pårørende og samfundet. For psykiske lidelser udgør indirekte omkostninger, herunder udgifter til sygedagpenge og førtidspensionering, en relativt stor andel sammenlignet med indirekte udgifter for mange kroniske somatiske sygdomme [5-11]. Sygefraværet for 20-64-årige frembyder internationale variationer, men for Danmark har sygefraværet i en årrække ligget omkring 5%, svarende til 141.000 helårspersoner. Det totale sygefravær har siden år 2000 været faldende, men stigende for langt sygefravær, specielt over 13 uger, i perioden fra 2002 til 2004 [14].

Et stort antal undersøgelser fra almen praksis har vist, at kun omkring halvdelen af patienter, der henvender sig med et nyt problem i almen praksis, får diagnosticeret en tilstedeværende psykisk lidelse, specielt ikke-psykotisk lidelse.

Ovennævnte problemstillinger har motiveret herværende undersøgelse. Hypotesen er, at manglende diagnosticering af psykisk lidelse også gør sig gældende i forhold til sygdomsdiagnoser afgivet til kommunernes arbejdsmarkedsafdeling. Manglende viden om psykisk lidelse formodes at have konsekvenser for arbejdsmarkedsafdelingerne, da sygemeldte derved kan blive sat i aktiviteter, som de som følge af den psykiske lidelse ikke er i stand til at gennemføre succesfuldt. Dette vil føre til unødige omkostninger for kommunerne, og ikke mindst vil det tilføre den sygemeldte et nyt nederlag, som igen vil forringe den sygemeldtes muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Problemstillingen kan gælde for alle sygemeldte, men må formodes at gøre sig mere gældende, jo længere en sygemelding har varet, i herværende undersøgelse langtidssygemeldte defineret som kontinuerlig sygemelding over otte uger.

12.2 Formål

- ▶ At validere et screeningsinstrument til identifikation af psykisk lidelse i kommunale arbejdsmarkedsafdelinger.
- ▶ At undersøge hyppigheden af psykisk lidelse i en population af langtidssygemeldte.

- ▶ At undersøge hyppigheden af uopdaget/urapporteret psykisk lidelse i sygdomsdiagnoserne i en population af langtidssygemeldte.
- ▶ At undersøge hyppigheden af komorbiditet (samtidig forekomst af flere sygdomme) i en population af langtidssygemeldte.
- ▶ At undersøge livskvaliteten i en population af langtidssygemeldte.
- ▶ At foretage en randomiseret kontrolleret undersøgelse til afklaring af, om identifikation af uopdaget psykisk lidelse kan reducere varigheden af en sygemelding.
- ▶ At identificere risikogrupper for langvarig sygemelding.

12.3 Undersøgelsens design

Undersøgelsen er foretaget i seks kommuner, Egvad, Herning, Holmsland, Ringkøbing, Skjern og Videbæk i det tidligere Ringkøbing Amt, som nu er en del af Region Midtjylland. Befolkningstallet var i disse kommuner pr. 1. november 2004 på 117.106 indbyggere, hvoraf 50,6% boede i Herning Kommune. Undersøgelsen vedrører langtidssygemelding, tidligere defineret som kontinuerlig sygemelding over otte uger. Undersøgelsen omfatter samtlige langtidssygemeldte med første sygedag i perioden 30. august 2004 til 29. august 2005, (indeks-sygemeldingen). Oplysninger om sygemeldte blev givet af de deltagende kommuner til undersøgelsen på ugebasis, hvorefter det blev afgjort, hvilke sygemeldte der overskred otte ugers sygemelding. Undersøgelsen omfatter alle nytilkomne langtidssygemeldte inden for ét år. En sygemeldt kunne ved gentagne sygemeldinger kun indgå i undersøgelsen én gang med første sygemelding over otte uger. I alt 2.414 sygemeldte overskred otte uger, hvoraf 1.121 deltog i undersøgelsen (46,4%). Dog viste det sig senere, at 0,9% ikke havde overskredet otte ugers sygemelding som følge af sen oplysning om raskmelding til kommunerne.

Undersøgelsen blev indledt med udsendelse af Spørgeskema-1 til samtlige langtidssygemeldte. Dette spørgeskema indeholdt spørgsmål om sociodemografiske forhold, et screeningsinstrument til opdagelse af hyppigt forekommende psykiske lidelser, Common Mental Disorders Screening Questionnaire (CMD-SQ) [166-169] samt et spørgeskema omhandlende livskvalitet, SF-36 [84].

Validering af screeningsinstrument til opdagelse af psykisk lidelse til brug i arbejdsmarkedsafdelinger, bestemmelse af hyppighed af psykisk lidelse, komorbiditet og uopdaget psykisk lidelse samt livskvalitet hos langtidssygemeldte

Alle 1.121 langtidssygemeldte, der besvarede Spørgeskema-1, indgår i delundersøgelser omhandlende validering af et screeningsinstrument på baggrund af CMD-SQ til opdagelse af psykisk lidelse til brug i kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger, bestemmelse af hyppighed af psykisk lidelse, komorbiditet og uopdaget psykisk lidelse samt livskvalitet hos langtidssygemeldte. Som led i disse delundersøgelser blev der et år efter udsendelse af Spørgeskema-1 indhentet oplysninger om sygdomsdiagnosen for indeks-sygemeldingen fra kommunen.

Randomiseret kontrolleret undersøgelse

Den primære screening, som ikke må forveksles med omtalte validering af et screeningsinstrument til brug i kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger, udvalgte 844 af de 1.121 langtidssygemeldte til deltagelse i en randomiseret kontrolleret undersøgelse. Kriterierne for denne screening fremgår af Kapitel 3. Randomiseringen mandede ud i 423 langtidssygemeldte i interventionsgruppen og 421 i kontrolgruppen.

Intervention i den randomiserede kontrollerede undersøgelse

Interventionen for interventionsgruppen i den randomiserede kontrollerede undersøgelse er en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse med anvendelse af SCAN, Present State Examination med rating af Present Episode inden for de sidste fire uger med angivelse af ICD-10-diagnoser [165, 219]. For hver undersøgt langtidssygemeldt blev der udarbejdet en **sammenfatning** af sygehistorien, som i alle tilfælde blev tilsendt den langtidssygemeldtes praktiserende læge og arbejdsmarkedsafdelingen i kommunen, uanset om den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse mandede ud i en psykiatrisk diagnose eller ej. I tilfælde af, at den langtidssygemeldte fik stillet en psykiatrisk diagnose, blev der i denne sammenfatning stillet forslag om behandling og rehabilitering af tilstanden ud fra et psykiatrisk perspektiv, både i forhold til den praktiserende læge og i forhold til arbejdsmarkedsafdelingen i kommunen. Der var tale om råd og forslag om behandling. Herværende undersøgelse omfatter ingen undersøgelse af, i hvilken grad de afgivne råd er blevet fulgt. Undersøgelsen indeholder ikke nogen behandlingsintervention i psykiatrisk regi.

Et år efter udsendelse af Spørgeskema-1 blev Spørgeskema-2 sendt til 834 langtidssygemeldte tilhørende den randomiserede kontrollerede undersøgelse (10 udgik på grund af død eller manglende ønske om deltagelse). Spørgeskema-2 indeholdt samme, men aktuelle forhold som Spørgeskema-1 samt enkelte andre forhold. For samtlige 844 langtidssygemeldte, der indgik i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, blev der indhentet oplysninger fra kommunen angående

fortsat eller ophørt sygdomsdiagnose, og ved ophør årsag til dette, om der i kommunen i forbindelse med indeks-sygemeldingen var kendskab til psykiske lidelse hos den langtidssygemeldte samt oplysninger om aktiviteter af rehabiliteringsmæssig og afklarende karakter. (Se årsskema i Kapitel 3). Spørgeskema-2 blev besvaret af 691 af de 834 langtidssygemeldte i den randomiserede kontrollerede undersøgelse. Effektmålene for den randomiserede kontrollerede undersøgelse var udvikling i symptom scores i CMD-SQ, livskvalitet med SF-36 samt raskmeldingsraten (varigheden af sygdomsdiagnosen).

Tofaset undersøgelsesmetodik

Delundersøgelserne omhandlende validering af et screeningsinstrument, hyppighed af psykisk lidelse, komorbiditet og uopdaget psykisk lidelse bygger på en tofaset undersøgelsesmetodologi, hvor der i Fase 1 blev screenet med CMD-SQ for 1.121 langtidssygemeldte, og af disse gennemgik et udvalg Fase 2, som var den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse med SCAN som golden standard som beskrevet under intervention. Den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse blev kun udført for 329 langtidssygemeldte i interventionsgruppen, idet nogle langtidssygemeldte var gået i arbejde, hvorfor interventionen ikke skulle gennemføres, og nogle ønskede ikke at deltage i interventionen. Elleve langtidssygemeldte, som ikke opfyldte de primære screeningskriterier for deltagelse i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, blev udvalgt til den omtalte intervention, hvoraf otte gennemgik denne. For disse 11 blev der som for de langtidssygemeldte, der indgik i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, indhentet oplysninger ved Spørgeskema-2 og årsskema fra kommunen. Den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse blev følgende gennemført for 337 langtidssygemeldte. Disse 337 langtidssygemeldte dannede grundlag for Fase 2 i de tofasede undersøgelser. Hyppigheder af psykiatriske diagnoser er bestemt ved vægtet logistisk regression (se Kapitel 3).

12.4 Hovedresultater af undersøgelsen

Med baggrund i formålet for undersøgelsen danner den grundlag for resultater og diskussion på følgende områder:

- ▶ referenceramme for rehabilitering og forskning (litteraturogennemgang)
- ▶ rate for langtidssygemelding og sociodemografiske forhold
- ▶ validering af screeningsinstrument til opdagelse af psykisk lidelse
- ▶ hyppighed af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte
- ▶ hyppighed af uopdaget psykisk lidelse hos langtidssygemeldte
- ▶ konsekvens af screening af langtidssygemeldte
- ▶ hyppighed af komorbiditet hos langtidssygemeldte
- ▶ livskvalitet hos langtidssygemeldte

- ▶ effekt af interventionen på livskvalitet, symptomatologi og sygemeldingsvarighed
- ▶ risikofaktorer for lang sygemelding

Ovennævnte punkter omtales i det følgende med **resultater fra herværende undersøgelse på farvet baggrund**, eksklusiv resultater af litteraturstudier.

12.4.1 Referenceramme for rehabilitering og forskning

Ifølge den danske lovgivning om sygedagpenge ved sygdom eller fødsel er kriterierne for udbetaling af sygedagpenge, at en person opfylder beskæftigelseskravet (har et lønnet arbejde eller modtager dagpenge i forbindelse med ledighed) samt manglende evne/nedsat evne til at udføre et arbejde på grund af egen sygdom [19-22]. Imidlertid er sygemelding fra arbejde en proces, der involverer langt flere faktorer end den egentlige sygdom, bl.a. arbejdsmiljøforhold af fysisk og psykisk karakter, personlige faktorer hos den sygemeldte, den sygemeldtes sygdomsopfattelse, den sygemeldtes forventninger om varigheden af en sygdom, den sygemeldtes tro på at kunne vende tilbage til arbejde, miljøfaktorer i den sygemeldtes nære miljø samt den sygemeldtes samspil med sundhedsvæsenet og socialvæsenet [18, 23, 24] (se Kapitel 2, Figur 2.1). En hensigtsmæssig rehabilitering af sygemeldte med henblik på tilbagevenden til arbejdsmarkedet samt forskning inden for området må tage udgangspunkt i den proces, som sygemelding er. Ovennævnte faktorer kan spille ind på alle stadier i en sygemeldingsproces, men med varierende grad af betydning afhængigt af stadiet i sygemeldingen, hvorfor det er hensigtsmæssigt med en faseinddeling af processen. Den hyppigst anvendte faseinddeling er baseret på varigheden af en sygemelding. Dette er eksempelvis tilfældet for lovgivningen, hvor der er fastsat tidsrammer for aktiviteter i forhold til rehabiliteringen. Statistiske opgørelser over sygemeldingsvarighed er baseret på varighedskriterier. Imidlertid er der beskrevet modeller, som faseinddeler sygemeldingsprocessen efter andre kriterier. En model kombinerer en tidsmæssig faseopdeling med en model for den sygemeldtes motivation, adfærd og interaktion med omgivelser og aktører i rehabiliteringen [23]. En anden model skelner mellem den sygemeldtes patologi, svækkelse som følge af sygdommen, funktionelle begrænsninger og den sygemeldtes manglende evne til at varetage daglige aktiviteter (*disability*) [24]. En inddragelse af disse faktorer har formentlig mere eller mindre eksplicit gjort sig gældende i den hidtidige rehabilitering, men er blevet mere fremhævet i den seneste danske lovgivning vedrørende sygedagpenge med visitation af sygemeldte i grupper med hensyn til behov for rehabilitering [19-22]. Herværende undersøgelse udgør en fasespecifik undersøgelse ved uge otte i sygemeldingen omfattende en intervention over for den specifikke lidelse i form af diagnosticering og forslag om behandling samt en intervention over for sundhedsvæsen og socialvæsen i form af screening og rådgivning.

12.4.2 Rate for langtidssygemelding og sociodemografiske forhold

Raten for langtidssygemelding (kontinuerligt over otte uger) er beregnet på baggrund af oplysninger om arbejdsstyrken fra Danmarks Statistiks hjemmeside som et gennemsnit af 1. januar 2005 og 1. januar 2006 [257]. Af denne grund har det været nødvendigt med en restriktion af data til aldersgruppen 20-64 år for bestemmelse af raten, idet nogle af de anvendte data fra Danmarks Statistik kun er tilgængelige i fem års aldersgrupper.

- ▶ Den kumulerede incidensproportion for langtidssygemeldte er 41,6 langtidssygemeldinger/1000 personer tilhørende arbejdsstyrken/år.
- ▶ Hyppigheden af langtidssygemelding over otte uger i aldersgruppen 20-64 år udgør 3,4% af befolkningen og 4,2% af arbejdsstyrken.
- ▶ Langtidssygemeldte er sammenlignet med arbejdsstyrken karakteriseret ved en relativt større forekomst af kvinder med 57,4% mod 46,1% i arbejdsstyrken, og relativt færre personer under 40 år med 33,4% mod 44,7% i arbejdsstyrken.
- ▶ Personer, der lever i parforhold, udgør 78,9% af langtidssygemeldte mod 61,9% af befolkningen. Personer, der ikke har hjemmeboende børn, udgør 50,3% af langtidssygemeldte mod 58,8% af befolkningen.
- ▶ Af befolkningen mellem 20-64 år udgør arbejdsstyrken 82,4%.
- ▶ Af befolkningen er 79,1% beskæftigede, 3,3% arbejdsløse og 17,6% uden for arbejdsstyrken.
- ▶ Arbejdsløse udgør 13,0% af langtidssygemeldte og 4,1% af arbejdsstyrken.

12.4.3 Validering af screeningsinstrument til opdagelse af psykisk lidelse

Valideringen af et screeningsinstrument tog udgangspunkt i CMD-SQ. Valideringen er udført som en ekstern validering, hvor instrumentets værdi sammenholdes med en golden standard for psykiatrisk diagnostik ved speciallæge i psykiatri med anvendelse af det velvaliderede diagnostiske instrument SCAN [165]. Valideringen blev udført som en tofaset undersøgelse, hvor alle, der besvarede Spørgeskema-1 i Fase 1, blev undersøgt med screeningsinstrumentet (1.121 langtidssygemeldte), og hvor et udvalg af disse i Fase 2 gennemgik den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse (337 langtidssyge-

meldte) [243, 244]. Valideringen blev foretaget med Q-ROC-analyser (Quality Receiver Operating Characteristics) frem for den mere udbredte metode, ROC-analyser (Receiver Operating Characteristics). Q-ROC-analyser har fordele frem for ROC-analyser, idet Q-ROC-analyser tager den tilfældige forekomst af en positiv test i den undersøgte population i betragtning, og effektmålene er standardiserede for forskellige tests, hvilket gør testresultater af forskellige screeningsinstrumenter direkte sammenlignelige [164] (se Kapitel 4).

I herværende undersøgelse er det primære formål generel identifikation af psykisk lidelse. Valideringen viste, at til dette formål har skalaen SCL-8AD de bedste testparametre. SCL-8AD er sammensat af SCL-8, SCL-ANX4 og SCL-DEP6, som er specifikke skalaer i CMD-SQ. Den optimale funktion af SCL-8AD forekommer, når hvert item (spørgsmål) i skalaen dikotomiseres mellem 0 og 1. Dette svarer til, at score på SCL-8AD, som er vist i Figur 12.1, er antallet af krydser til højre for den punkterede linje.

Ved validering af et screeningsinstrument er følgende testparametre af betydning:

- ▶ **Sensitiviteten (SE)**, der er den procentdel, som testen er positiv for, af dem, som har en psykisk lidelse.
- ▶ **Specifiteten (SP)**, der er den procentdel, som testen er negativ for, af dem, som ikke har en psykisk lidelse.
- ▶ **Prædiktiv værdi af positiv test (PVP)**, som er den procentdel, der har en psykisk lidelse ved en positiv test.
- ▶ **Prædiktiv værdi af negativ test (PVN)**, som er den procentdel, der ikke har en psykisk lidelse ved en negativ test.

Ved anvendelse af et screeningsinstrument skal der tages stilling til, om man vil screene ved høj, middel eller lav sensitivitet. SE er et mål for, hvor godt et instrument opdager en psykisk lidelse. Imidlertid har en høj sensitivitet ofte en pris i form af lav SP, hvorved testen udpeger flere falsk positive, dvs. udpeger personer som muligt psykisk syge, uden at de er det. Målet for en test er, at både SE og SP er så høje som muligt, men den ene værdi stiger oftest på bekostning af den anden.

Figur 12.1 SCL-8AD

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
At du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig ængstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig uden håb for fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En følelse af, at alting er en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanker om at gøre en ende på dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At føle dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvbebrejdelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Graden af sensitivitet afgøres i Q-ROC-analyser af en faktor, r , som er nærmere beskrevet i Kapitel 4. I herværende undersøgelse er testen valideret ved tre arbitrært valgte grader af sensitivitet, en lav identificeret med $r = 0,2$, en middel med $r = 0,5$ og en høj med $r = 0,8$. Konkret i forhold til screeningsinstrument SCL-8AD betyder valg af sensitivitet, hvilket skæringspunkt der skal scores over for definition af en positiv test til identifikation af langtidssygemeldte med øget risiko for at lide af en psykisk lidelse.

Tabel 12.1 viser optimale scala-cut-points i SCL-8AD for de valgte værdier af r med tilhørende SE, SP, PVP og PVN.

Testegenskaberne for en test kan forbedres ved inddragelse af andre kendte faktorer om den langtidssygemeldte, eksempelvis som i herværende undersøgelse sociodemografiske variabler og sygemeldingsdiagnoser. De optimale skæringspunkter for en test kan variere i forhold til disse faktorer.

I den øverste del af Tabel 12.2 vises kriterierne for positiv test for de modeller, der i herværende undersøgelse viste sig at være de optimale modeller, 6B og 7B, som blev testet i Kapitel 4. Í alle tests indgår, om den langtidssygemeldte har en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose eller ej samt arbejdsforhold ved $r = 0,2$ og skoleuddannelse ved $r = 0,5$ og $0,8$ med forskellige skala-cut-points, afhængigt af om den langtidssygemeldte er i arbejde på sygemeldingstidspunktet eller ej, eller om skoleuddannelsen er over folkeskole eller ej.

Tabel 12.3 viser SE, SP, PVP og PVN for disse modeller. Ved sammenligning med Tabel 12.1 ses, at der overordnet set er større værdier, som udtryk for bedre testegenskaber.

Alternativet til screening af langtidssygemeldte er, at arbejdsmarkedsafdelingen udelukkende baserer rehabiliteringen af langtidssygemeldte på sygemeldingsdiagnoser.

En validering af sygemeldingsdiagnoserne viser, at SP og PVN for sygemeldingsdiagnoserne er høj, omkring 99%, hvilket betyder, at når der foreligger en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose, er der så godt som altid tale om en psykisk lidelse, men prisen er en lav SE, idet kun mellem 52,2% og 54,3% af langtidssygemeldte med psykisk lidelse opdages, lidt varierende, afhængig af definition af sygemeldingsdiagnose (se Kapitel 4).

Senere i dette kapitel vil der blive foretaget en praktisk konsekvensberegning for de optimale tests. Dette udskydes, da dette kræver kendskab til hyppigheden af psykisk lidelse i populationen og hyppighed af psykisk lidelse i sygemeldingsdiagnoserne, hvilket er temaet for de næste afsnit.

Tabel 12.1 SE, SP, PVP, PVN for optimale skala-cut-points i SCL-8AD, angivet i %

r	Cut-point	SE	SP	PVP	PVN
0,2	8/9	60,3 (52,8-67,4)	93,6 (89,2-96,3)	89,8 (84,6-94,0)	71,2 (67,4-75,0)
0,5	5/6	81,4 (74,1-87,1)	79,7 (73,1-85,0)	78,9 (73,1-85,0)	82,2 (78,6-85,8)
0,8	5/6	81,4 (74,1-87,1)	79,7 (73,1-85,0)	78,9 (73,1-85,0)	82,2 (78,6-85,8)

Tabel 12.2 Konsekvensberegninger for de optimale Q-ROC-analyser, Model 6B og 7B i Kapitel 5 med udgangspunkt i 1000 langtidssygemeldte

	r = 0,2 Model 7B		r = 0,5 Model 6B		r = 0,8 Model 6B	
	Positiv test:		Positiv test:		Positiv test:	
	1. Psykiatrisk sygemeldingsdiagnose eller 2. Ikke-psykiatrisk sygemeldingsdiagnose		1. Psykiatrisk sygemeldingsdiagnose eller 2. Ikke-psykiatrisk sygemeldingsdiagnose		1. Psykiatrisk sygemeldingsdiagnose eller 2. Ikke-psykiatrisk sygemeldingsdiagnose	
	Skala-cut-point SCL-8AD:		Skala-cut-point SCL-8AD:		Skala-cut-point SCL-8AD:	
	Ikke i arbejde: 6/7 I arbejde: 8/9		Alene folkeskole: 7/8 Over folkeskole: 5/6		Alene folkeskole: 7/8 Over folkeskole: 4/5	
Antal psykisk syge = P*1000	0,482*1000	482	0,482*1000	482	0,482*1000	482
Antal uden psykisk sygdom	1000-482	518	1000-482	518	1000-482	518
Antal opdagede psykisk syge = SE*P	0,775*482	374	0,832*482	401	0,839*482	404
Antal fejlagtigt testet positiv for psykisk lidelse = (1-SP)*P'	(1-0,926)*518	38	(1-0,878)*518	63	(1-0,852)*518	77
Antal med psykiatrisk sygemeldingsdiagnose = Procentdel med psykiatrisk sygemeldingsdiagnose * 1000	0,259*1000	259	0,259*1000	259	0,259*1000	259
Antal nyopdagede psykisk syge = antal opdagede - antal med psykiatrisk sygemeldingsdiagnose	374-259	115	401-259	142	404-259	145
Antal uopdagede psykisk syge = antal psykisk syge - antal opdagede	482-374	108	482-401	81	482-404	78

Tabel 12.3 SE, SP, PVP, PVN angivet i % for optimale testmodeller Model 6 og 7

Model	Psykiatrisk diagnose,			r = 0,2	r = 0,5	r = 0,8
	ICD-10	Skala				
Model 6B	Alle	SCL-8AD	SE	75,2 (67,6-81,5)	83,2 (76,1-88,5)	83,9 (76,8-89,1)
			SP	93,5 (88,7-96,3)	87,8 (81,8-91,9)	85,2 (79,1-89,8)
			PVP	91,3 (88,0-94,6)	86,1 (82,3-89,9)	83,7 (79,6-87,8)
			PVN	80,6 (77,1-84,1)	85,2 (81,7-88,5)	85,3 (81,9-88,7)
Model 7B	Alle	SCL-8AD	SE	77,5 (69,6-83,8)	80,2 (72,2-86,3)	81,1 (73,3-87,0)
			SP	92,6 (87,6-95,7)	89,7 (84,4-93,3)	82,8 (75,9-88,1)
			PVP	90,9 (87,1-94,3)	88,1 (85,2-91,0)	81,6 (77,6-85,7)
			PVN	81,2 (77,7-84,7)	82,6 (79,2-86,1)	82,2 (78,6-85,8)

12.4.4 Hyppighed af psykisk lidelse hos langtidssygemeldte

Hyppigheden af en psykiatrisk diagnose blandt de screenede 1.121 langtidssygemeldte er 48,2%. Dette svarer til en kumuleret incidensproportion på $41,6 \cdot 0,482 = 20,1$ langtidssygemeldte med psykisk lidelse/1000 personer tilhørende arbejdsstyrken/år. De hyppigste specifikke diagnosegrupper er angivet i procent af alle screenede: depression 35,3%, angst 14,7%, somatoform lidelse 7,4% og misbrug 3,8%. Depression omfatter F31.3-5, F32, F33 og F34.1 (ICD-10). Angst omfatter F40-F43. Somatoform lidelse omfatter F44-F48. Misbrug omfatter F10-F19.

Det har ikke været muligt at finde undersøgelser, som resultaterne af herværende undersøgelse direkte kan sammenlignes med, idet der ikke som i herværende undersøgelse er anvendt en tofaset undersøgelsesmetode med screening i Fase 1 og en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse med anvendelse af en golden standard som SCAN eller lignende struktureret diagnostisk instrument i Fase 2. Endvidere afhænger hyppigheden af psykisk lidelse af længden af sygemeldingen, idet nogle sygdomme gennemsnitligt raskmeldes hurtigere end andre. Undersøgelser af diagnostiske hyppigheder er foretaget på varierende tidspunkter i sygemeldingen. De bedst sammenlignelige undersøgelser er norske registerundersøgelser over langtidssygemeldte, defineret som kontinuerlig sygemelding over otte uger. I to norske undersøgelser er muskuloskeletal lidelse fundet at være den hyppigste diagnosegruppe ved uge otte, varierende mellem 34% og 41%, og psykisk lidelse den næsthyppigste mellem 8% og 17% [75, 76].

I herværende undersøgelse er hyppigheden af sygemeldingsdiagnoser fundet med samme rækkefølge, men med større hyppigheder, 50,5% for muskuloskeletal lidelse og 25,9% for psykisk lidelse.

Den større hyppighed i herværende undersøgelse skyldes formentlig, at det var muligt at stille op til tre sygemeldingsdiagnoser i herværende undersøgelse, hvorimod de norske undersøgelser bygger på hoveddiagnoser.

Hyppighederne af psykiatriske diagnoser i herværende undersøgelse er mere sammenlignelig med hyppighed af psykisk lidelse fundet i almen praksis ved anvendelse af tofaset metodologi med vægtning, som bl.a. af Toft [126], der fandt en prævalens af psykisk lidelse på 49,7% i almen praksis, 13,5% for affektiv lidelse, 16,4% for angst og 35,9% for somatoform lidelse.

Sammenligning af diagnosehyppigheder afhænger af, om der er tale om incidens eller prævalens, hvilket ikke fremgår med lige stor tydelighed af alle undersøgelser.

Der er betydelig forskel i hyppighed af psykisk lidelse afhængig af sociodemografiske variabler. Følgende sociodemografiske grupper markerer sig med **stor hyppighed**: Kvinder (57,4%), ikke samboende (61,3%), skoleuddannelse over folkeskole (59,3%), ufaglært (58,6%), kort videregående erhvervsuddannelse (62,3%) lang videregående erhvervsuddannelse (65,0%), deltidsbeskæftigelse (56,4%) og arbejdsløs (værdien "ikke i arbejde" i variabelen arbejdsforhold) (77,6%). En gruppe med særlig stor hyppighed af psykisk lidelse er langtidssygemeldte med en skoleuddannelse over folkeskole uden efterfølgende erhvervsuddannelse med 89,4%.

Følgende sociodemografiske grupper markerer sig med **lav hyppighed** af psykisk lidelse: Mænd (35,9%), 50 år og derover (42,7%), hjemmeboende børn (44,6%), alene folkeskole (42,2%), faglært uddannelse (37,1%), fuldtidsbeskæftigelse (41,2%), selvstændig/medhjælpende (35,9%), faglært beskæftigelse (12,9%) og fleksjob (36,4%).

Der er ikke fundet sammenlignelige undersøgelser af sociodemografiske faktorer sammenhæng med hyppigheden af psykisk lidelse i en population af langtidssygemeldte.

Faglært uddannelse og faglært beskæftigelse skiller sig i herværende undersøgelse markant ud med lav hyppighed af psykisk lidelse. Dette kan være udtryk for, at somatiske lidelser i væsentligere grad må formodes at være årsag til sygemelding for faglærte med fysisk betonede job, end det er tilfældet for kortere og især længerevarende videregående erhvervsuddannelser. Selektionsbias kan imidlertid ikke forklare hele sammenhængen, idet man må forvente, at samme fænomen i så fald skulle forekomme for ufaglærte, hvilket ikke er tilfældet. Der må være en direkte sammenhæng mellem faglært arbejde og lav psykisk sygelighed, men forholdet kan ikke forklares ud fra herværende undersøgelse, idet der ikke indgår forklarende faktorer for dette, og fordi der er tale om en tværsnitsundersøgelse, hvor der kun kan påvises associationer, men ikke hvad der er årsag til hvad. Med hensyn til at blive langtidssygemeldt fra arbejdsløshed, siger undersøgelsen heller ikke noget om, hvorvidt arbejdsløshed i sig selv har en forklarende effekt på en større hyppighed af psykisk lidelse, eller om det forholder sig omvendt, at det er tilstedeværelsen af en psykisk lidelse, der har ført til arbejdsløshed.

12.4.5 Hyppighed af uopdaget psykisk lidelse hos langtidssygemeldte

Hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse i sygemeldingsdiagnosen, hvad enten det skyldes manglende rapportering om kendt psykisk lidelse eller uopdaget psykisk lidelse, er 22,3% af alle langtidssygemeldte i overensstemmelse med, at hyppigheden af psykisk lidelse forekommer i 25,9% af sygemeldingsdiagnoserne samt den totale hyppighed af psykisk lidelse på 48,2%. Dette svarer til, at 46,3% af alle med psykisk lidelse ikke har en psykiatrisk diagnose i sygemeldingsdiagnosen.

Procentdelen af uopdaget psykisk lidelse varierer med hensyn til diagnosen stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. For alle med diagnosen somatoform lidelse forekommer ingen psykiatrisk diagnose i sygemeldingsdiagnosen, hvad enten den somatoforme lidelse er komorbid med depression eller ej. Herefter forekommer hyppigheden af uopdaget psykisk lidelse for specifikke diagnosegrupper angivet med faldende hyppighed, 75,4% for let depression uden psykiatrisk komorbiditet, 57,8% for anden psykisk lidelse uden psykiatrisk komorbiditet (anden: depression, angst og somatoform lidelse), 44,3% for angst uden psykiatrisk komorbiditet, 29,0% for moderat/svær depression uden psykiatrisk komorbiditet, 26,8% for andre psykiske lidelser med psykiatrisk komorbiditet og 22,8% for psykiatrisk komorbiditet mellem depression og angst.

12.4.6 Konsekvens af screening af langtidssygemeldte

Med kendskab til hyppigheden af psykisk lidelse i populationen af langtidssygemeldte og kendskab til hyppigheden af en psykiatrisk diagnose i sygemeldingsdiagnosen kan der foretages konsekvensberegninger af de optimale tests, som vist i nederste del af Tabel 12.2. Der tages udgangspunkt i 1000 langtidssygemeldte med angivelse af procenter i forhold til alle langtidssygemeldte. Ved de tre tests identificeres korrekt 37,4% med psykisk lidelse ved $r = 0,2$, 40,1% ved $r = 0,5$ og 40,4% ved $r = 0,8$. Andelen, der fejlagtigt testes positivt er 3,8% ved $r = 0,2$, 6,3% ved $r = 0,5$ og 7,7% ved $r = 0,8$. Ved $r = 0,2$ opdages 11,5% med uopdaget psykisk lidelse, mens 10,8% forbliver uopdagede, ved $r = 0,5$ er henholdsvis 14,2% nyopdagede og 8,1% fortsat uopdagede samt ved $r = 0,8$ henholdsvis 14,5% nyopdagede og 7,8%

fortsat uopdagede. Ved lav sensitivitet identificeres således ca. hver anden af de langtidssygemeldte, der har en psykisk lidelse, og hvor der ikke er nogen psykiatrisk sygemeldingsdiagnose og ved høj sensitivitet ca. to ud af tre. Prisen ved høj sensitivitet er, at testen fejlagtigt tester ca. dobbelt så mange falsk positive.

Manglende opdagelse/rapportering om en psykiatrisk sygemeldingsdiagnose er fremhævet som problematisk i tidligere undersøgelser [133, 137, 143]. Problemet kan skyldes, at psykiske lidelser ikke opdages, som det er vist i flere undersøgelser fra almen praksis, eller komorbiditet med somatisk lidelse, hvor der kun fokuseres på den somatiske lidelse [116]. Imidlertid må det anses for u hensigtsmæssigt for den langtidssygemeldte og arbejdsmarkedsafdelingen ikke at have kendskab til tilstedeværelsen af en psykisk lidelse, idet den langtidssygemeldte risikerer at påbegynde rehabilitering med aktiviteter, som vedkommende ikke er i stand til at gennemføre på grund af depression, angst eller anden psykisk lidelse, medførende nye nederlag og dermed forværring af tilstanden.

En hensigtsmæssig brug af screening har visse forudsætninger, som bl.a. fremført af Hickie et al. [163] og Gilbody et al. [264]:

- ▶ Screeningsinstrumentet skal være acceptabelt og let at anvende. Dette er uproblematisk med de 13 spørgsmål i SCL-8AD, idet spørgsmålene kan besvares inden for fem minutter.
- ▶ Resultatet af screeningen skal være let at tolke for dem, der skal anvende det. Dette vil også være uproblematisk for arbejdsmarkedsafdelingerne i kommunerne ved brug af en manual, der angiver de relevante skala-cut-points.
- ▶ Et screeningsinstrument skal anvendes konsekvent for alle i målgruppen.
- ▶ Den rehabiliteringsenhed (arbejdsmarkedsafdeling), der skal anvende screeningen, skal indrette sig organisatorisk med henblik på brug af instrumentet.
- ▶ Der skal være tilstrækkelige ressourcer til undersøgelse og behandling af langtidssygemeldte, der testes positive.

Brug af screening med efterfølgende psykiatrisk undersøgelse af langtidssygemeldte, der er testet positive, har ressource-mæssige konsekvenser og personlige konsekvenser for den langtidssygemeldte samt konsekvenser for sundhedsvæsen og socialvæsen. Selve udfyldelsen af screeningsinstrumentet er uden betydning. Konsekvenserne for testpositive langtidssygemeldte er, at vedkommende skal have foretaget en speciallægeundersøgelse. Der skal afsættes tid til dette. For falsk positive kan det formodes at opfattes som stigmatiserende at skulle gennemgå en speciallægeundersøgelse, hvorimod

det må formodes at blive oplevet positivt for sand positive. For sundhedsvæsenet og socialvæsenet er det et ressourcemaessigt problem, idet den psykiatriske undersøgelse for testpositive kræver kapacitet af speciallæger og for kommunen økonomiske omkostninger. Spørgsmålet er imidlertid, om manglende opdagelse af en psykisk lidelse i den sidste ende alligevel vil føre til en psykiatrisk undersøgelse, men bare på et senere tidspunkt, hvor situationen er mere fastlåst end ved en tidligere undersøgelse. Det hører med til analyser af dette aspekt at inddrage indirekte udgifter til en formodet længere varende sygemelding og eventuel tidligere førtidspensionering, som en ubehandlet psykisk lidelse kan medføre.

12.4.7 Hyppighed af komorbiditet hos langtidssygemeldte

Den psykiatriske komorbiditet har en hyppighed på 20,0% af alle langtidssygemeldte, svarende til 41,5% af alle med en psykiatrisk diagnose.

Den somatisk/psykiatriske komorbiditet har en hyppighed på 25,4% af alle langtidssygemeldte, svarende til 52,6% af alle med en psykiatrisk diagnose.

Hyppigheden af somatisk/psykiatrisk komorbiditet varierer i forhold til den psykiatriske diagnose, som er stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse, nævnt i faldende rækkefølge af hyppighed i forhold til den specifikke psykiatriske diagnose: Alle med diagnosen somatoform lidelse, hvad enten denne er komorbid med depression eller ej, har en somatisk sygemeldingsdiagnose, herefter 75,4% for let depression uden psykiatrisk komorbiditet, 57,8% for anden psykisk lidelse uden psykiatrisk komorbiditet (anden: depression, angst og somatoform lidelse), 53,0% for angst uden psykiatrisk komorbiditet, 40,1% for moderat til svær depression uden psykiatrisk komorbiditet, 38,9% for andre psykiske lidelser med psykiatrisk komorbiditet og 22,8% for komorbiditet mellem depression og angst.

Det er vanskeligt at sammenholde resultater af herværende undersøgelse med andre undersøgelser, idet der ikke er fundet undersøgelser specifikt for langtidssygemeldte. Hyppighederne af komorbiditet afhænger helt af, hvilke populationer der undersøges, hvoraf de fleste er af specifikke patientpopulationer. I litteraturgennemgangen refereres til undersøgelser angående komorbiditet.

Hos langtidssygemeldte, der af somatiske diagnoser kun har en somatisk symptomdiagnose,

forekommer der øget hyppighed af komorbiditet med psykisk lidelse (undtagen angst) sammenlignet med hyppigheden af komorbiditeten hos langtidssygemeldte, der har en specifik somatisk lidelse.

Langtidssygemeldte med en psykiatrisk diagnose har lavere komorbiditet med somatiske symptomdiagnoser end med en specifik somatisk diagnose.

Som det fremgår af litteraturgennemgangen, findes et betydeligt antal undersøgelser, der viser, at både psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet i øget grad er forbundet med nedsættelse af livskvaliteten og forlængelse af sygemeldingsvarigheden, hvilket kun underbygger betydningen af opdagelsen af psykisk lidelse som en forudsætning for rehabilitering af langtidssygemeldte (se Kapitel 2).

12.4.8 Livskvalitet hos langtidssygemeldte

Livskvaliteten hos langtidssygemeldte er målt med SF-36 i Spørgeskema-1 ved indgangen i undersøgelsen. På alle skalaer i SF-36 har langtidssygemeldte en nedsat livskvalitet sammenlignet med normalbefolkningen. Reduktionen varierer mellem 18,9% for den psykiske komponent, MCS, til 72,4% for skalaen RP – Begrænsninger - fysisk betinget. Den lave livskvalitet i RP skyldes, at denne skala omfatter evnen til at varetage et arbejde, og manglende evne til dette var netop et kriterium for at indgå i undersøgelsen i form af kontinuerlig sygemelding over otte uger. Den næststørste nedsættelse af livskvalitet forekommer for skalaen RP – Begrænsninger - psykisk betinget med en reduktion på 44,1%.

Reduktionen i livskvalitet forekommer i alle aldersgrupper, bortset fra aldersgruppen på 65-74 år, hvilket hænger sammen med, at personer, der kan gå på sygemelding fra et arbejde efter at have overskredet folkepensionsalderen, må antages at have haft en særlig høj livskvalitet forud for sygemeldingen.

Karakteristika for langtidssygemeldte med lave scores på den fysiske komponent, PCS

Ledighed i 40-52 uger året forud for indeks-sygemeldingen, fleksjob, somatisk/psykiatrisk komorbiditet, sygemeldingsdiagnose lydende på lidelse i fordøjelsesorganer, nervesystem, luftveje, endokrine organer samt muskuloskeletal lidelse og somatisk symptomdiagnose. Der er en ikke-signifikant

tendens til nedsat fysisk livskvalitet for udelukkende somatoform lidelse.

Karakteristika for langtidssygemeldte med høje scores på den fysiske komponent, PCS

Kombinationen "under 50 år med skoleuddannelse over folkeskole" samt psykiatrisk diagnose.

Karakteristika for langtidssygemeldte med lave scores på den psykiske komponent, MCS

Øvrig overførselsindkomst året forud for indeks-sygemeldingen, førtidspension, fleksjob, kvinde i arbejde, psykiatrisk diagnose og især psykiatrisk komorbiditet.

Karakteristika for langtidssygemeldte med høje scores på den psykiske komponent, MCS

Deltidsarbejde, samboende, faglært beskæftigelse og somatisk symptomdiagnose.

Det kan ikke undre, at somatiske lidelser især har nedsat livskvalitet for den fysiske komponent og psykiske lidelser for den psykiske komponent. Imidlertid har langtidssygemeldte med psykisk lidelse også nedsat fysisk livskvalitet, med undtagelse af angst. Endvidere har langtidssygemeldte med somatisk lidelse nedsat psykisk livskvalitet, med undtagelse af muskuloskeletal lidelse og enkelte andre sjældnere forekommende somatiske lidelser.

Let depression, psykiatrisk komorbiditet og "anden psykisk lidelse" (anden: depression, angst og somatoform lidelse) har lavere fysisk livskvalitet end angst og moderat/svær depression, hvilket kan tyde på en kompleks problemstilling for langtidssygemeldte med disse diagnoser.

Litteraturgennemgangen i Kapitel 2 viste, at der i flere andre undersøgelser også er fundet nedsat fysisk livskvalitet ved psykisk lidelse, især for depression, men ikke for angst [82, 85, 95, 96, 101]. Både psykiatrisk og somatisk/psykiatrisk komorbiditet medfører større nedsættelse af livskvaliteten, end når lidelserne forekommer uden komorbiditet, for visse lidelser med additiv effekt af de komorbide lidelser, og for andre med potenserende effekt. Høj alder og ledighed er associeret med lav fysisk livskvalitet. Det at være samboende er associeret med høj psykisk livskvalitet. Generelt viste litteraturgennemgangen dog, at sociodemografiske faktorer har relativt mindre betydning for livskvalitet end sygdomsrelaterede faktorer som diagnose og komorbiditet.

12.4.9 Effekt af interventionen på livskvalitet, symptomatologi og sygemeldingsvarighed
Effektmålene for interventionen i undersøgelsen er livskvalitet i SF-36 (jo højere score, jo bedre livskvalitet), symptomscores i CMD-SQ (jo lavere score, jo mindre psykopatologi) samt raten for raskmelding.

Ændringer i livskvalitet over et år er målt på alle skaler (undtagen HT som ikke medregnes i score for livskvalitet) i SF-36. Der findes signifikante stigninger i livskvalitet over et år, mest for RP – Begrænsninger – fysisk betinget og mindst for GH – Alment helbred.

Samtlige skalaer i SF-36 ligger i efter-værdierne signifikant under gennemsnittet for en dansk normalbefolkning, mest RP – Begrænsninger – fysisk betinget med en reduktion på 38,8% og mindst på den psykiske komponent, MCS, med en reduktion på 11,8%.

For de fleste skalaer i SF-36 er der ikke signifikante forskelle i udviklingen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, bortset fra en signifikant større stigning i interventionsgruppen end i kontrolgruppen for skalaerne BP – Begrænsninger – fysisk betinget og GH – Alment helbred. Der kan konkluderes at være en positiv effekt af interventionen for disse områder i SF-36.

Over et år steg den psykiske komponent, MCS, mest ved psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet.

Over et år steg den fysiske komponent, PCS, mest for visse somatiske lidelser.

Ændringer i symptomscores over et år (sum-scores) i CMD-SQ viser i sin helhed et signifikant fald med 10,2%.

Der er signifikante fald på samtlige skalaer afledt af CMD-SQ, på nær CAGE.

Faldene i symptomscores er signifikant større for skalaerne SCL-SOM, Whiteley-7, SCL-ANX4 og SCL-8 i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Der kan konkluderes en positiv effekt af interventionen på disse symptomscores. For SCL-DEP6 ses et signifikant større fald i kontrolgruppen end i interventionsgruppen.

Psykiske lidelser falder over et år betydeligt i symptom-score, mest ved psykiatrisk komorbiditet samt somatisk/psykiatrisk komorbiditet.

Raskmeldingsraten for hele RCT-gruppen er 99,3 raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage. Raten er større i kontrolgruppen med en rate på 106,4 end i interventionsgruppen med en rate på 92,8. Det kan konkluderes, at interventionen ikke har haft den forventede effekt på reduktion af sygemeldingsvarigheden.

Et år efter at være indgået i den randomiserede kontrollere undersøgelse modtager 24,5% af langtidssygemeldte i kontrolgruppen og 27,7% i interventionsgruppen fortsat sygedagpenge. Henholdsvis 61,3% og 57,7% er raskmeldte til ordinære arbejdsmarkedsvilkår. Ved ophør af observationsperioden er andelen af langtidssygemeldte, der fortsat modtager sygedagpenge, faldet til 10,2% i kontrolgruppen og 14,7% i interventionsgruppen.

For den specifikke gruppe, der er karakteriseret ved at være "i arbejde og uden somatisk symptomdiagnose" er raskmeldingsraterne ens for interventionsgruppen og kontrolgruppen, 121,9, hvorimod den for langtidssygemeldte, der ikke opfylder disse kriterier er 51,2 for interventionsgruppen og 83,1 for kontrolgruppen.

Nedsættelsen af raskmeldingsraten ved interventionen gør sig således kun gældende ved to risikogrupper for lang sygemeldingsvarighed, arbejdsløshed og somatisk symptomdiagnose, hvorimod den for den øvrige gruppe er uden betydning.

Raten for raskmelding varierer i forhold til varigheden af sygemeldingen med den maksimale rate af raskmelding i intervallet 30-59 dage efter at være indgået i undersøgelsen, en rate på 206,6 for kontrolgruppen og 165,0 for interventionsgruppen.

Der er ikke forskel mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen i anvendelsen af rehabiliteringsfremmende aktiviteter eller afklarende aktiviteter i form af erklæringer fra læger og psykologer. Den mest specifikke anvendte rehabiliteringsfremmende foranstaltning under observationsperioden er virksomhedspraktik.

Interventionen har således vist at have en modsat effekt end den forventede på sygemeldingsvarigheden, når det gælder risikogrupper for lang sygemeldingsvarighed. Risikogrupperne har en stor forekomst af uopdaget psykisk lidelse. En forklaring på, at interventionen har den modsatte effekt af den forventede, kan være, at opdagelsen af en psykisk lidelse har dokumenteret behov for en længere varende sygemelding.

12.4.10 Risikofaktorer for lang sygemelding
Undersøgelsen har påvist følgende risikofaktorer for lang sygemeldingsvarighed:

Arbejdsløshed, sygemeldingsdiagnosen somatisk symptomdiagnose og herunder en særlig undergruppe med somatisk symptomdiagnose for sygemeldte, som heller ikke har nogen psykiatrisk diagnose, modtagelse af sygedagpenge året forud for indeks-sygemeldingen, lavt score på skalaen GH – Alment helbred, højt score i SCL-8 og SOM-WHI (SCL-SOM og Whiteley-7 kombineret), psykiatrisk diagnose og især psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet.

Langtidssygemeldte med kombinationen "ikke faglært og ikke i arbejde" er karakteriseret ved en lav raskmeldingsrate på 46,9. Angivet i procenter af alle langtidssygemeldte har kombinationen stor hyppighed af psykisk lidelse, 77,6%, stor hyppighed af uopdaget psykisk lidelse, 32,2%, lav psykisk livskvalitet og høje symptomscorer på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1 samt den mindste fremgang i symptomscorer og livskvalitet over et år.

"Ikke faglært og ikke i arbejde" er en interaktionsvariabel mellem variablerne arbejdsforhold og beskæftigelse. Ovennævnte resultat kan give det indtryk, at "ikke-faglært" udgør en risikogruppe. Gruppen "ikke faglært" er større end gruppen faglært, og bredt sammensat af andre former for beskæftigelse, hvorfor det ikke vil være rimeligt at kalde hele denne gruppe for en risikogruppe. Resultatet er relativt og bliver mere komplekst at tolke, når variablerne interagerer med hinanden. Resultatet skal tolkes i den retning, at "faglært" udgør en gruppe med en særlig stor raskmeldingsrate. Dette fremgår af, at raskmeldingsraten for "faglært" er 170,0 og for "ikke faglært" 94,3, hvilket ligger nær gennemsnittet for hele RCT-gruppen med en gennemsnitlig rate på 99,3. Arbejdsløshed har en raskmeldingsrate på 47,8.

Langtidssygemeldte med en somatisk symptomdiagnose er karakteriseret ved en lav raskmeldingsrate

på 71,2. Angivet i procenter af alle langtidssygemeldte har somatisk symptomdiagnose stor hyppighed af somatoform lidelse, 20,5%, stor hyppighed af uopdaget psykisk lidelse, 38,6%, høje symptomscores og lav livskvalitet på tidspunktet for udfyldelse af Spørgeskema-1 samt lav fremgang af psykisk livskvalitet og symptomscores over et år.

En særlig risikogruppe, hvor der kunne forventes en relativt stor raskmeldingsrate, er den gruppe, som kun har en somatisk symptomdiagnose, og som ikke har nogen psykiatrisk diagnose (stillet ved den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse). Hyppigheden af denne gruppe er 12,6% af alle langtidssygemeldte. Raskmeldingsraten er for denne gruppe udregnet for langtidssygemeldte, der har gennemgået den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse. Raten er 73,0, hvilket er mindre end for gruppen, som enten har en specifik somatisk sygemeldingsdiagnose og/eller en specifik psykiatrisk diagnose med en rate på 79,4. Fink et al. [31] foreslår for denne gruppe med uspecifikke somatiske symptomer, at der er tale om en specifik form for somatisering, kaldet *bodily distress*.

Psykiatrisk komorbiditet, såvel psykiatrisk som somatisk/psykiatrisk, har lavere sygemeldingsrate end psykiatriske lidelser, der ikke er komorbide med andre lidelser.

Let depression er lettere end moderat/svær depression i forhold til ICD-10 kriterier. I herværende undersøgelse er raskmeldingsraten bestemt for gruppen af langtidssygemeldte, der deltog i den diagnostiske undersøgelse. Raskmeldingsraten for let depression på 89,9 er højere end for moderat/svær depression med en rate på 74,8. Let depression markerer sig imidlertid med karakteristika, der antyder, at let depression ikke er "let" i alle henseender sammenlignet med moderat/svær depression. Let depression har en betydeligt højere komorbiditet med somatiske lidelser på 75,4% end moderat/svær depression med 40,1%. Let depression har en højere grad af uopdaget lidelse med 75,4% sammenlignet med moderat/svær depression med 29,0%. Let depression viser betydeligt lavere fremgang i psykisk livskvalitet, MCS, i løbet af et år end moderat/svær depression, dog således at livskvaliteten efter dette år er den samme for de to grupper. Let depression viser derimod større fremgang i PCS end moderat/svær depression, men med et lavere udgangspunkt end moderat/svær depression. Dette kan tyde på, at let depression udgør en anden kategori af depres-

sion end moderat/svær depression. Let depression kan i højere grad formodes at være en følge af fysisk belastning og komorbiditet med somatisk lidelse.

Den gennemsnitlige rate for alle, der gennemgik den psykiatrisk diagnostiske undersøgelse, er 78,7, hvilket er signifikant mindre end for de øvrige langtidssygemeldte. Raten for hele RCT-gruppen er 99,3. Dette kan forklares ved selektion, idet de langtidssygemeldte, der gik i arbejde, inden der kunne gennemføres en psykiatrisk diagnostisk undersøgelse, ikke fik foretaget denne undersøgelse, selvom de indgik i RCT-gruppen.

Herværende undersøgelses fund af risikofaktorer for lang sygemelding (arbejdsløshed, somatisk symptomdiagnose, lav livskvalitet og stor grad af symptomatologi, psykiatrisk komorbiditet og somatisk/psykiatrisk komorbiditet) svarer til risikofaktorer, som er fundet i andre undersøgelser.

12.5 Diskussion af metode

Metodemæssige problemstillinger ved forskning i sygemeldingsvarighed

Forskning i sygemeldingsvarighed er behæftet med betydelige metodologiske problemstillinger, dels fordi forskningen tager udgangspunkt i forskellige forskningstraditioner med forskellige modeller for sygemelding, og dels fordi betegnelser og definitioner for samme begreb varierer, eksempelvis definitionen af fravær fra arbejde. Endelig forekommer et betydeligt antal effektmål til måling af sygefravær, som gør sammenligning af undersøgelser vanskelig. Problemstillingen er gennemgået i en oversigt i Kapitel 2, hvorfor den ikke skal omtales nærmere her.

Generaliserbarhed af undersøgelsen

Der er to forhold med indflydelse på generaliserbarheden af herværende undersøgelse. Den ene er, om resultaterne kan generaliseres til hele den danske arbejdsstyrke, og den anden er den lave deltagelsesprocent på 46,4%.

Ved generalisering af herværende resultater til den danske arbejdsstyrke som helhed, kan der være regionale forskelle i de faktorer, der har indflydelse på sygemeldingsvarigheden, men som ikke er direkte relateret til specifikke diagnoser, eksempelvis forskelle i sygdomsopfattelse, opfattelse af hvor længe en sygdom forventes at vare og motivation. Her er der tale om faktorer, som har vist sig at være af betydning for varigheden af en sygemelding, men det kan ikke vurderes, om denne problemstilling gør sig gældende ved generalisering af herværende undersøgelse [18, 23, 24].

En deltagelsesprocent på 46,4% er lav. Årsagen til den lave deltagelsesprocent kan skyldes, at undersøgelsen er udgået fra en psykiatrisk afdeling, hvorved langtidssygemeldte kan have haft opfattelsen af at blive stigmatiseret som psykisk lidende, hvilket har været tilfældet i nogle af de oplyste årsager til manglende ønske om at deltage i undersøgelsen. Dette på trods af, at det af informationsskrivelsen til de langtidssygemeldte fremgik, at der var tale om en generel undersøgelse af psykiske forhold for langtidssygemeldte, og at der i dette ikke lå, at den enkelte langtidssygemeldte var at opfatte som psykisk syg. Den lave deltagelsesprocent på 46,4% nødvendiggør en grundig bortfaldsanalyse med anvendelse af tilgængelige data for samtlige 2.414 langtidssygemeldte i form af køn, alder, bopælskommune og oplysninger om overførselsindkomster i året forud for langtidssygemeldingen fra DREAM-registret [218]. Disse analyser viser, at hyppigheden af psykisk lidelse i bortfaldsgruppen formentlig ligger mellem 2-4% lavere end hyppigheden blandt de deltagende, samt at mænd og langtidssygemeldte under 50 år er mindre repræsenteret i den deltagende gruppe end i bortfaldsgruppen. Endvidere er der udført analyser af, om den langtidssygemeldte blev rykket for svar eller ej, samt analyser af svartid for deltagelse i undersøgelsen. Disse analyser er begrundet i teorier om, at forsøgspersoner, der rykkes for svar, og forsøgspersoner, der svarer sent, i højere grad ligner forsøgspersoner, der undlader at deltage, end forsøgspersoner, der ikke rykkes for svar, og som hurtigt besvarer et fremsendt spørgeskema. Resultaterne af disse analyser er komplekse og vanskelige at tolke, men tyder på, at bortfaldsgruppen i højere grad er karakteriseret ved yngre langtidssygemeldte og langtidssygemeldte med muskuloskeletal lidelse, infektionssygdom, komorbiditet mellem psykiatrisk lidelse og specifik somatisk lidelse samt lav grad af social funktion (SF – Social funktion i SF-36). Langtidssygemeldte med anden specifik medicinsk lidelse uden komorbiditet og langtidssygemeldte fra by er mere repræsenteret i den deltagende gruppe end i bortfaldsgruppen.

Undersøgelsen vurderes på denne baggrund at have stor generaliserbarhed med hensyn til bestemmelse af hyppighed af psykisk lidelse, men deltagende og ikke-deltagende kan adskille sig på sociodemografiske forhold og med hensyn til sygemeldingsdiagnose. Angående forudsætninger for bortfaldsanalyserne henvises til diskussion angående dette i Kapitel 3.

Bortfaldet ved den randomiserede kontrollerede undersøgelse er på 18,2% af hele RCT-gruppen på 844 langtidssygemeldte. Forskellen i diagnosehyppighed mellem bortfaldet i denne analyse og deltagende i opfølgningen er ubetydelig, men der er en trend i retning af, at depression og angst forekommer relativt hyppigere blandt deltagende end blandt ikke-deltagende, og at de øvrige diagnosegrupper forekommer relativt hyppigere i bortfaldsgruppen end i den deltagende gruppe. Af sociodemografiske variabler, DREAM-variabler, sygemeldingsdiagnoser, scores i SF-36 og sum-scores i CMD-SQ er den eneste betydende variabel for forskel imellem deltagende og ikke-deltagende skoleuddannelse, hvor alene folkeskoleuddannelse er hyppigere repræsenteret i den ikke-deltagende gruppe (se Kapitel 11).

Undersøgelsen vedrørende opfølgning af symptomscorer og livskvalitet hos langtidssygemeldte, der deltog i den randomiserede kontrollerede undersøgelse, vurderes på denne baggrund at have stor generaliserbarhed, hvad angår hyppighed af diagnoser, men der forekommer sociodemografiske og diagnostiske forskelle imellem de deltagende og ikke-deltagende i undersøgelsen.

Validitet

Det er en styrke i valideringen af screeningsinstrumentet, SCL-8AD, at det er valideret med Q-ROC-analyser, fordi Q-ROC-analyser i modsætning til ROC-analyser tager hensyn til den tilfældige hyppighed af en positiv test i en population, og fordi Q-ROC-analyser muliggør direkte sammenligning af forskellige screeningsinstrumenter.

Formålet med undersøgelsen er at finde en test, der kan identificere psykisk lidelse generelt, hvorfor der i de fleste analyser er testet over for alle psykiatriske diagnoser. I denne sammenhæng findes sammenfatningen af SCL-8, SCL-ANX4 og SCL-DEP6 i skalaen SCL-8AD at være mere effektiv end disse skalaer hver for sig. Tester man derimod skalaerne over for mere specifikke diagnoser, er SCL-8AD ikke entydigt bedre end de specifikke skalaer. Det kan være behæftet med metodemæssige problemer at teste over for alle psykiatriske diagnoser, idet det ikke er alle psykiatriske diagnoser, der har symptomer svarende til de skalaer, der er anvendt. Som det er vist i Kapitel 5, er der imidlertid fundet en stor komorbiditet mellem andre psykiske lidelser og angst og depression, hvorfor sygemeldte med andre diagnoser end angst og depression vil have stor sandsynlighed for at blive identificeret ved hjælp af SCL-8AD i kraft af denne komorbiditet. I samme kapitel er det vist, at langtidssygemeldte i en population af langtidssygemeldte i væsentligst grad lider af depression og angst. Risikoen for, at den del af populationen, der har andre diagnoser end depression og angst, ikke vil blive identificeret ved screeningen, må

antages at være lille, med mindre disse diagnosegrupper helt har undgået at screene positivt i de lavt satte primære screeningskriterier for deltagelse i undersøgelsen.

I herværende undersøgelse er der foretaget en speciallægeundersøgelse med henblik på diagnostik af psykisk lidelse. Der er ikke udført specifik diagnostik af somatisk lidelse, hvilket kan medføre en underdiagnosticering af somatisk lidelse. Der har netop inden for de senere år været opmærksomhed på øget forekomst af somatisk lidelse hos patienter med psykisk lidelse med manglende opdagelse af somatisk sygdom i psykiatrisk regi [265-269]. Imidlertid må det antages, at somatisk lidelse ikke er behæftet med samme grad af underdiagnosticering i almen praksis som i psykiatrisk regi, og det må formodes, at psykisk lidelse i højere grad er uopdaget i almen praksis end somatisk lidelse, da der ikke er knyttet samme grad af stigmatisering til somatisk lidelse som til psykisk lidelse. Simon & Fischmann [116] har beskrevet, at underdiagnosticering af psykisk lidelse ikke kun skyldes manglende kendskab til diagnosticering, men at patienter af frygt for stigmatisering ikke oplyser om psykiske symptomer.

Bortset fra delundersøgelserne om sygemeldingsvarighed, udvikling i symptomscore og livskvalitet over tid er der i herværende undersøgelse tale om tværsnitsundersøgelser. Tværsnitsundersøgelser af livskvalitet og symptomscorer på tidspunktet for at indgå i undersøgelsen kan kun afklare, om der er association med sociodemografiske variabler, DREAM-variabler (overførselsindkomst året forud for undersøgelsen) og sygemeldingsdiagnoser, men ikke årsagsforhold.

Ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse er der ratet med Present State Examination med scoring af tilstanden inden for de sidste fire uger forud for den psykiatriske diagnostiske undersøgelse. Det betyder, at de langtidssygemeldte blev sygemeldt før den periode, der er ratet for. Undersøgelsen kan derfor ikke udtale sig om, hvorvidt de påviste psykiske lidelser er opstået før eller efter sygemeldingen. Det kan kun bero på et subjektivt indtryk (det er undersøgt, men ikke registreret i undersøgelsen). Det subjektive indtryk er, at de psykiske lidelser i de fleste tilfælde var til stede forud for sygemeldingen, men ikke i alle tilfælde. Det vil kræve yderligere undersøgelser at afklare, om sygemelding i sig selv fører til, at en psykisk lidelse opstår/er udløsende faktor for en psykisk lidelse, men det ændrer ikke på, at en psykisk lidelse, der kan konstateres efter otte ugers sygemelding, er et forhold, der skal tages i betragtning ved rehabiliteringen af den langtidssygemeldte.

Det indebærer en svaghed, at ICPC-diagnoserne ikke direkte er kodet af de praktiserende læger, men af psykiateren i projektet, idet der kan være oplysninger, som ikke er tilgængelige for en korrekt diagnosekodning. Eksempelvis kan sygemeldingsdiagnosen "diskusprolaps", som der var mange af i undersøgelsen, være upræcis. Det kan være vanskeligt at

afgøre, om der bag denne diagnose udelukkende gemmer sig en symptomatisk tilstand uden objektive fund med ICPC-koden **L03, symptom/klage fra lænd uden udstråling**, eller om der forekommer udstråling af smerter med ICPC-koden **L86, lumbal diskusprolaps/degeneration med smerteudstråling**. Strategien i herværende undersøgelse har været at kode L86, hvor der ved diagnosen diskusprolaps er skrevet med udstråling, men L03, hvis ikke dette har været tilfældet.

Statistiske problemstillinger

I flere analyser er der foretaget lineære regressioner, som forudsætter normalfordeling af data. Detailanalyser med Shapiro-Wilk test i STATA har vist, at effektmålene, sum-scores i CMD-SQ og skalaerne i SF-36, ikke er dette. Det samme er tilfældet for transformationer af effektmålene. Principielt kunne man i stedet opdele effektmålene i intervaller, eksempelvis ved medianen, og foretage logistiske regressioner i forhold til, om forskellige værdier af de uafhængige variabler prædikerer større eller mindre sandsynlighed for at falde i øvre eller nedre median. Dette er gjort, men resultaterne er ikke vist. Ulempen ved dikotomiseringen af data er, at der mistes information i forhold til de kontinuerlige variabler. Dette fremgår også af, at der ved de logistiske regressioner udkom færre betydende variabler end ved de lineære regressioner, men dog sådan, at de logistiske regressioner altid indeholdt de betydende variabler, der viste sig betydende ved de lineære regressioner. Problemet med at foretage lineære regressioner på data, der ikke er normalfordelte, bliver af mindre betydning for analyser med et stort antal cases, idet fordelingen i henhold til den centrale grænsesætning alligevel vil tilnærme sig normalfordelingen. Der kan ikke udtales noget præcist om antallet af cases, der skal indgå i analyserne for opfyldelsen af den centrale grænsesætning. Herværende materiale er betydeligt større end undersøgelser, der har vist, at problemstillingen var ubetydelig for data, der var svært afvigende fra normalfordelingen, ved 50 cases eller flere [270]. Problemet anses også for ubetydeligt, idet residualanalyser viste pæn tilpasning til normalfordelingen for analyser, hvori der indgik psykiatriske diagnoser stillet ved den psykiatriske diagnostiske undersøgelse samt sygemeldingsdiagnoser, hvorimod det ikke var tilfældet for analyser, hvori der kun indgik sociodemografiske variabler og DREAM-variabler. I sidste tilfælde viste en grafisk fremstilling af residualerne sig ikke at være svært afvigende fra normalfordelingen [270]. En anden forudsætning for lineære regressioner er, at residualerne skal være af ensartet størrelse uafhængigt af værdien af den afhængige variabel, hvilket har vist sig at være tilfældet i herværende undersøgelse, [248].

13. Perspektiver

Undersøgelsen har vist en stor forekomst af psykisk lidelse på næsten 50% hos langtidssygemeldte med kontinuerlig sygemelding over otte uger. Langtidssygemeldte med psykisk lidelse har en væsentligt nedsat livskvalitet, hvilket er indlysende med hensyn til psykiske områder, men det gælder også for fysiske områder. Psykiatrisk komorbiditet forekommer hos omkring 20%, somatisk/psykiatrisk komorbiditet hos omkring 25% og somatiske symptomdiagnoser hos omkring 20% af alle langtidssygemeldte. Hos godt 10% kan der hverken stilles en specifik somatisk eller en specifik psykiatrisk diagnose. Arbejdsløshed ved sygemeldingen forekommer hos omkring 12%. Ovennævnte forhold er risikofaktorer for længere sygemeldingsvarighed. Dette peger på en stor gruppe af langtidssygemeldte, for hvem der er behov for en særlig indsats i rehabiliteringen med henblik på at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Andre faktorer end den egentlige sygdom spiller ind på rehabiliteringen. Det drejer sig om de langtidssygemeldtes sygdomsopfattelse, tro på at kunne komme i arbejde igen og opfattelse af, hvor længe en sygdom varer m.m. Adskillige undersøgelser har vist, at det er svært at identificere psykisk lidelse på grund af komorbiditet med somatiske lidelser og muligvis på grund af frygt for stigmatisering, der uheldigvis er tilknyttet det at have en psykisk lidelse. Litteraturgengangen, som især omfatter den store gruppe af patienter med kronisk ryglidelse, har vist, at det langt fra er alle typer for intervention, der har den ønskede effekt. Interventioner med en kognitiv/adfærdsterapeutisk samt tværfaglig indsats i undersøgelse og behandling har bedst effekt på rehabilitering. Uden denne indsats kan sygemelding være en oplagt udvej, eksempelvis på grund af smerter, men nogle undersøgelser viser en negativ effekt af sygemelding, sengeleje og inaktivitet ved smerter. Herværende undersøgelse viser, at det ikke er tilstrækkeligt at påvise en psykisk lidelse med efterfølgende rådgivning til arbejdsmarkedsafdelingen i kommunen og den praktiserende læge angående rehabilitering med henblik på afkortning af sygemeldingsvarigheden. Der skal en yderligere indsats til.

Dette peger i retning af, at rehabilitering, og især af risikogrupperne for lang sygemelding, som nævnt ovenfor har behov for en særlig indsats af tværfaglig karakter, omfattende arbejdsmarkedsafdelingerne, praktiserende læger, fysioterapeuter, psykiatere, psykologer, arbejdsgivere m.fl. for at nedbringe sygefraværet. Identifikation af psykisk lidelse ved screening af langtidssygemeldte bør indgå som et led i denne strategi. Omdrejningspunktet for en sådan strategi kan hensigtsmæssigt ligge i regi af arbejdsmarkedsafdelingen i kommunerne, idet kommunerne lovgivningsmæssigt er forpligtede til at koordinere indsatsen, og fordi der lovgivningsmæssigt er krav om kontakt med sygemeldte. Det validerede

screeningsinstrument, SCL-8AD, i herværende undersøgelse kan med lethed indarbejdes i rutinen i arbejdsmarkedsafdelingerne. En forudsætning for en effektiv udnyttelse af SCL-8AD som screeningsinstrument er, at det anvendes konsekvent for alle sygemeldte, så snart de har overskredet otte ugers sygemelding. Instrumentet kan ikke identificere alle med uopdaget psykisk lidelse, men ca. halvdelen af de langtidssygemeldte med psykisk lidelse, der ikke er identificeret som psykisk syge i sygemeldingsdiagnoserne, svarende til 10-15% af alle langtidssygemeldte. Ud over anvendelsen af screeningsinstrumentet er det endvidere væsentligt at være opmærksom på risikogrupperne arbejdsløse og langtidssygemeldte med somatiske symptomdiagnoser eller komorbiditet.

Undersøgelsen bidrager endvidere til at perspektivere forskning og kvalitetssikring omkring rehabilitering af langtidssygemeldte:

- ▶ Det vil være hensigtsmæssigt med en konsekvent anvendelse af ICPC-diagnoser i sygemeldingsdiagnoserne.
- ▶ Der er behov for forskning til afklaring af, hvilke grupper af langtidssygemeldte der har et potentiale for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, og hvilke der ikke har det. Dette aspekt er væsentligt af hensyn til en hensigtsmæssig allokering af økonomiske og personalemæssige ressourcer til sygemeldte, der kan profitere af en rehabilitering.
- ▶ I tilfælde af et tilstedeværende potentiale for tilbagevenden til arbejdsmarkedet er der behov for afklaring af effektive behandlingsmetoder og organisatoriske strategier for dette.
- ▶ Det er væsentligt at få afklaret betydningen af sygdoms-specifikke faktorer og betydning af øvrige faktorer med indflydelse på forløbet af sygemeldinger.
- ▶ På det behandlingsmæssige område synes en kognitiv/adfærdsmæssig tilgang at have lovende perspektiver. Der er behov for forskning til afklaring af dette.
- ▶ En multidisciplinær tilgang i rehabiliteringen synes også at have lovende perspektiver.
- ▶ Der er behov for forskning til afklaring af tidlige tegn på kronisk udvikling af en tilstand og for tidlige behandlingsstrategier til forebyggelse af kronisk udvikling. Smertetilstande, især muskuloskeletale smertetilstande, bidrager i høj grad til langvarig sygemelding. På det eksperimentelle plan foreligger der lovende teorier i form af *fear avoidance* teorien til forståelse af smerte som en *hypervigilant* tilstand (en tilstand med øget opmærksomhed på kropslige signaler og frygten for, hvad disse signaler kan betyde af trusler mod helbredet). En kognitiv adfærdsmæssig tilgang har vist de bedste resultater ved behandling af smertetilstande, men med stor variation i resultaterne. Der er behov

for yderligere udforskning af de konkrete elementer i en kognitiv/adfærdsmæssig behandlingsstrategi. Hypervigilans er også et centralt element i stresstilstande, hvorfor der kan være grund til nærmere udforskning af dette fænomen i denne sammenhæng.

- ▶ De behandlingsmæssige perspektiver har implikationer for organisationen af behandling og forskning i retning af en specialiseret funktion med udvikling af samarbejdsmodeller mellem sundhedsvæsenet og kommunale arbejdsmarkedsafdelinger.

Ordforklaring

Golden standard

Et udtryk, der bruges ved validering af screeningsinstrumenter, hvor en golden standard er den bedst kendte metode til at stille en diagnose. I psykiatrisk sammenhæng er det strukturerede spørgeskemaer, som eksempelvis SCAN, som har gennemgået en grundig validering.

Incidens

Antal ny tilfælde af en eller anden enhed, typisk en bestemt sygdom, inden for et givet tidsrum. Angives ofte som incidensrate, som er antallet af nye tilfælde i et givet tidsrum i forhold til antal borgere i en given befolkning, eksempelvis antal nye tilfælde af en bestemt lidelse pr. 1000 indbyggere pr. år.

Komorbiditet

Samtidig forekomst af flere sygdomme. Psykiatrisk komorbiditet er samtidig forekomst af flere psykiatriske lidelser. Somatisk/psykiatrisk komorbiditet er samtidig forekomst af somatisk og psykisk lidelse.

Prævalens

Antal eksisterende tilfælde af en given enhed i et givet tidsrum i forhold til antal borgere i en given befolkning. Ved punktprævalens menes antal personer på et givet tidspunkt med en bestemt lidelse, eksempelvis antal personer med en given sygdom på et bestemt tidspunkt pr. 1000 indbyggere. Ved periodeprævalens menes antal tilfælde, hvor en given sygdom har været til stede inden for et givet tidsrum, en uge, en måned eller et år.

Somatisk

Somatiske lidelser er sygdomme, der vedrører kroppen i modsætning til psykiske lidelser.

Subklinisk

Subklinisk anvendes om diagnoser. En subklinisk diagnose er en diagnose, hvor nogle, men ikke alle af kriterierne for en diagnose i henhold til ICD-10 eller DSM-IV er opfyldt.

Bilag

Bilag 4.1. SE, SP, PVP og PVN angivet i % for SCL-8AD, SCL-DEP6 og SCL-ANX4 fordelt på diagnosegrupper med 95%-sikkerhedsgrænser (CI) af tests foretaget i Tabel 4.7, Kapitel 4

Psykiatrisk diagnose, ICD-10	Skala	r = 0,2						r = 0,5						r = 0,8					
		Cut-point			Cut-point			Cut-point			Cut-point			Cut-point			Cut-point		
		SE CI	SP CI	PVP CI	PVN CI	SE CI	SP CI	PVP CI	PVN CI	SE CI	SP CI	PVP CI	PVN CI	SE CI	SP CI	PVP CI	PVN CI		
Alle diagnoser	SCL-8AD	8/9	93,6	89,8	71,2	5/6	79,7	78,9	82,2	5/6	79,7	78,9	82,2	5/6	79,7	78,9	82,2		
		60,3 (58,2-67,4)	(89,2-96,3)	(84,6-95,0)	(55,1-77,3)	81,4 (74,1-87,1)	(73,1-85,0)	(73,3-84,5)	(75,7-88,7)	81,4 (74,1-87,1)	(73,1-85,0)	(73,3-84,5)	(75,7-88,7)	81,4 (74,1-87,1)	(73,1-85,0)	(73,3-84,5)	(75,7-88,7)		
SCL-8		6/7	94,1	89,6	68,5	5/6	88,2	84,0	73,2	2/3	58,3	67,0	86,2	2/3	58,3	67,0	86,2		
		54,0 (46,5-61,3)	(89,8-96,7)	(84,1-95,1)	(62,4-74,6)	65,6 (57,9-72,5)	(82,8-92,1)	(78,2-89,8)	(66,8-79,6)	90,1 (82,1-94,7)	(49,8-66,4)	(61,4-72,6)	(78,1-90,3)						
Alle depressioner: F31.3-5, F32, F33, F34.1, 91,3	SCL-8AD	9/10	91,7	74,1	83,2	6/7	78,5	67,6	89,2	5/6	70,8	62,0	91,3	5/6	70,8	62,0	91,3		
		60,6 (51,9-68,6)	(87,4-94,6)	(65,7-82,5)	(78,1-88,3)	82,5 (74,4-88,4)	(72,6-83,5)	(60,6-74,6)	(84,5-93,9)	87,5 (79,6-92,7)	(64,3-76,6)	(55,4-68,6)	(86,5-96,1)						
SCL-DEP6		4/5	92,3	77,9	76,8	3/4	85,2	72,5	84,0	2/3	71,7	62,0	89,0	2/3	71,7	62,0	89,0		
		49,6 (41,2-58,0)	(88,0-95,1)	(69,1-86,7)	(71,6-82,0)	70,7 (62,4-77,9)	(80,0-89,2)	(65,0-80,0)	(78,9-89,1)	83,9 (76,1-89,5)	(65,4-77,3)	(55,1-68,9)	(83,9-94,1)						
Angst, alle: F40-F43	SCL-8AD	10/11	86,1	42,4	92,5	10/11	86,1	42,4	92,5	8/9	74,9	33,9	94,5	8/9	74,9	33,9	94,5		
		59,6 (45,7-72,0)	(81,9-89,5)	(31,8-53,0)	(89,2-95,7)	59,6 (45,7-72,0)	(81,9-89,5)	(31,8-53,0)	(89,2-95,7)	74,4 (59,8-85,0)	(69,5-79,6)	(25,7-42,1)	(91,4-97,6)						
SCL-ANX4		3/4	85,7	40,6	91,4	3/4	85,7	40,6	91,4	2/3	74,2	35,4	95,2	2/3	74,2	35,4	95,2		
		54,5 (41,3-67,1)	(81,4-89,1)	(30,1-51,1)	(87,9-94,9)	54,5 (41,3-67,1)	(81,4-89,1)	(30,0-51,1)	(87,9-94,9)	78,9 (64,2-88,6)	(69,1-78,8)	(27,5-43,3)	(92,2-98,2)						
Angstlidelser: F40, F41	SCL-8AD	11/12	90,7	37,8	94,7	10/11	84,9	33,8	96,7	10/11	84,9	33,8	96,7	10/11	84,9	33,8	96,7		
		52,8 (36,1-68,0)	(87,3-93,3)	(25,3-50,3)	(92,1-97,3)	72,9 (53,7-86,1)	(80,7-88,4)	(23,7-43,9)	(94,5-98,9)	72,9 (53,7-86,1)	(80,7-88,4)	(23,7-43,9)	(94,5-98,9)						
SCL-ANX4		3/4	86,0	38,0	97,9	3/4	86,0	38,0	97,9	3/4	86,0	38,0	97,9	3/4	86,0	38,0	97,9		
		82,5 (65,3-92,2)	(82,0-89,3)	(27,6-48,4)	(96,1-99,7)	82,5 (65,3-99,2)	(82,0-89,3)	(27,6-48,4)	(96,0-99,7)	82,5 (65,3-92,2)	(82,0-89,3)	(27,6-48,4)	(96,1-99,7)						

Bilag 9.1 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og signifikans for forskel mellem sociodemografiske karakteristika

Variabel	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p
Køn												
Mænd	42,6	49,4	15,9	0,376	37,7	42,5	12,6	0,224	69,1	62,9	-9,0	0,236
Kvinder	40,0	47,8	19,5		40,2	43,5	8,2		72,2	64,2	-11,0	
Aldersgrupper												
-29 år	39,2	46,5	18,8		42,1	46,4	10,2		72,8	64,2	-11,8	
30-39 år	38,4	45,7	19,3	0,643	41,9	44,7	6,6	0,316	75,9	66,6	-12,2	0,940
40-49 år	41,9	49,6	18,5	0,367	38,6	42,4	9,8	0,788	69,6	61,2	-12,1	0,573
50-59 år	42,2	49,0	16,0	0,205	37,2	41,5	11,5	0,638	69,5	65,1	-6,3	0,073
60 år +	46,6	54,6	17,3	0,805	35,9	43,2	20,2	0,438	61,7	54,9	-11,0	0,510
By/land												
By	39,9	47,2	18,1		39,4	42,8	8,6		72,9	65,5	-10,1	0,990
Land	42,6	50,0	17,5	0,480	38,9	43,5	11,7	0,495	68,5	61,4	-10,3	
Samlivsforhold												
Samboende	42,1	49,4	17,4		38,4	42,5	10,7		69,6	62,8	-9,8	0,952
Ikke samboende	37,6	45,2	20,0	0,675	41,9	45,1	7,7	0,359	75,2	66,6	-11,4	
Hjemmeboende børn												
Børn	41,2	48,5	17,8		39,0	43,2	10,7		71,2	63,5	-10,9	0,593
Ikke børn	41,0	48,3	17,8	0,737	39,3	43,0	9,4	0,256	70,6	64,0	-9,4	

Bilag 9.2 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og signifikans for forskel mellem sociodemografiske karakteristika

Variabel	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p
Skoleuddannelse												
Alene folkeskole	41,5	48,9	17,8	0,583	37,8	41,2	8,9	0,195	70,6	64,9	-8,2	0,021
Over folkeskole	39,9	47,5	19,0		41,5	46,3	11,5		71,7	61,8	-13,8	
Erhvervsuddannelse												
Ufaglært	39,4	46,5	18,2		38,6	41,8	8,2		73,8	70,7	-4,2	
Faglært	43,1	49,9	15,6	0,883	38,3	42,3	10,5	0,698	69,6	61,8	-11,3	0,032
Videregående kort	38,8	48,2	24,1	0,039	42,1	45,9	9,0	0,755	70,5	59,7	-15,3	0,001
Videregående lang	39,6	42,8	8,1	0,352	39,3	46,7	19,0	0,141	73,9	67,4	-8,9	0,177
Anden	44,3	50,6	14,3	0,846	38,3	46,2	20,6	0,161	64,8	56,5	-12,8	0,420
Arbejdsforhold												
Fuldtid	41,4	49,5	19,7		39,6	43,7	10,5		69,4	60,5	-12,7	
Deltid	40,4	48,0	18,7	0,694	38,4	42,8	11,5	0,942	71,9	66,6	-7,4	0,163
Ikke i arbejde	40,7	44,3	8,9	0,007	38,4	40,8	6,3	0,105	76,8	74,2	-3,4	0,026
Beskæftigelse												
Selvstændig/medhj.	43,6	50,7	16,3	0,758	36,2	42,8	18,4	0,167	71,7	60,7	-15,4	0,370
Funktionær/tj. mand	39,1	48,2	23,4	0,237	41,4	45,2	9,1	0,475	71,7	62,0	-13,5	0,069
Faglært	48,3	52,9	9,4		38,3	44,4	15,7		60,3	54,0	-10,4	
Ufaglært	41,1	48,6	18,3	0,128	38,3	42,0	9,9	0,525	70,2	65,1	-7,3	0,860
Flexjob	41,1	49,1	19,4	0,936	32,2	33,9	5,2	0,147	75,3	66,4	-11,8	0,618
Arbejdsløs	41,0	44,8	9,3	0,060	38,4	40,3	5,1	0,067	76,3	73,6	-3,5	0,391
Anden	41,0	47,1	14,9	0,495	40,3	44,4	9,9	0,418	66,2	63,8	-3,6	0,617

Bilag 9.3 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og signifikans for forskel mellem grupper af DREAM-variabler (overførselsindkomst)

DREAM-variabel (overførselsindkomst)	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p
Ingen	41,1	49,0	19,3	0,342	40,4	45,5	12,6	0,006	69,0	61,6	-10,6	0,634
Orlov*	33,3	35,5	6,6	0,280	46,3	43,7	-5,6	0,471	77,2	80,3	4,0	0,579
Skånejob	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fleksjob	42,1	48,6	15,6	0,882	32,9	34,9	6,1	0,240	74,9	66,0	-11,9	0,828
Revalidering*	37,6	46,6	23,9	0,817	35,4	32,2	-9,1	0,807	72,5	67,3	-7,1	0,566
Førtidspension*	29,7	51,5	73,5	0,050	32,7	43,0	31,5	0,408	79,3	60,0	-24,3	0,597
Ledighed	41,0	46,7	13,9	0,068	38,6	41,9	8,7	0,249	73,3	67,9	-7,4	0,170
Sygedagpenge	41,3	48,3	16,9	0,340	38,5	40,4	4,8	0,005	71,8	64,0	-10,9	0,593
Øvrig	38,6	44,3	14,7	0,306	38,6	39,8	3,0	0,163	79,6	71,4	-10,3	0,819

*) Under 10 cases

Bilag 9.4 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og signifikans for forskel mellem sygdomsdiagnoser (organdiagnoser)

Sygemeldingsdiagnose, ICPC-organdiagnose	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p
A - Alment/uspecific.	41,7	45,4	8,9	0,150	36,2	41,8	15,5	0,251	73,7	68,5	-7,1	0,510
B - Blod/lymfe*	47,1	47,9	1,4	0,743	35,2	41,9	19,1	0,120	65,4	60,7	-7,3	0,874
D - Fordøjelsesorg.	41,0	48,3	18,0	0,835	36,5	46,5	27,3	0,002	70,2	61,7	-12,1	0,730
F - Øje*	38,8	44,1	13,6	0,779	42,5	45,6	7,4	0,918	70,8	61,2	-13,6	0,784
H - Øre*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K - Hjerter-kar	43,9	51,2	16,7	0,658	40,6	43,5	7,1	0,342	65,6	57,3	-12,8	0,980
L - Muskuloskeletal	47,2	50,9	8,0	0,000	32,4	38,1	17,4	0,000	67,4	63,6	-5,7	0,000
N - Nervesystem	42,9	49,8	16,1	0,856	36,6	37,0	1,0	0,022	70,8	67,8	-4,3	0,348
P - Psykisk	29,0	42,6	47,0	0,000	50,2	49,9	-0,6	0,000	81,6	67,6	-17,2	0,000
R - Luftveje	43,2	54,8	26,8	0,112	37,2	40,9	10,0	0,988	72,2	55,7	-22,9	0,045
S - Hud*	54,1	62,6	15,7	0,978	42,8	35,3	-17,4	0,059	59,0	51,0	-13,6	0,947
T - Endokrin/metabol.	41,4	45,3	9,5	0,913	35,6	37,1	4,0	0,700	80,5	69,5	-13,6	0,173
U - Urinveje*	50,8	52,1	2,7	0,184	35,1	43,9	24,9	0,124	55,7	57,4	3,2	0,269
X - Kvind. kønsorg.	42,0	47,5	13,0	0,207	39,2	47,7	21,9	0,050	69,2	66,6	-3,9	0,210
Y - Mandl. kønsorg.*	38,4	57,2	48,7	0,267	46,1	54,8	19,0	0,554	78,5	47,5	-39,5	0,159
Z - Sociale forhold*	32,5	47,8	47,1	0,091	52,6	52,9	0,5	0,043	70,5	58,1	-17,5	0,970

*) Under 10 cases

Bilag 9.5 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og signifikans for forskel mellem sygdomsdiagnoser (patologidiagnoser)

Sygemeldingsdiagnose, ICPC-patologidiagnose	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p
Somatisk symptom	45,0	50,9	13,2	0,027	31,8	36,4	14,2	0,148	71,3	66,4	-6,8	0,062
Psykisk symptom	31,7	41,7	31,6	0,008	50,6	50,0	-1,3	0,000	78,6	68,8	-12,5	0,186
Infektionssygdom	38,4	50,9	32,6	0,302	38,3	45,8	19,7	0,126	68,4	54,8	-19,8	0,472
Neoplasme	45,7	51,7	13,0	0,106	38,1	48,0	25,9	0,003	68,2	62,5	-8,4	0,287
Skade	47,0	48,5	3,1	0,000	33,6	40,8	21,5	0,001	65,4	63,1	-3,6	0,022
Medfødt misdannelse*	43,2	47,5	10,0	0,712	32,2	34,1	6,1	0,608	82,8	75,7	-8,5	0,745
Anden specifik medicinsk lidelse	45,8	50,6	10,5	0,003	36,3	40,8	12,4	0,161	66,3	60,6	-8,6	0,266
Specifik psykiatrisk lidelse	27,2	43,4	59,5	0,000	49,8	49,7	-0,2	0,000	83,9	66,7	-20,6	0,000

*) Under 10 cases

Bilag 9.6 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og signifikans for forskel mellem psykiatriske diagnoser

Psykiatrisk diagnose, IDC-10	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p	Før	Efter	Ændring i %	p
Ingen komorbiditet												
Depression, let	39,5	43,0	8,9	0,163	40,3	46,0	14,2	0,699	67,6	59,3	-12,2	0,979
Depression, moderat og svær	29,7	44,5	50,0	0,000	46,3	47,6	2,6	0,001	77,8	66,1	-15,1	0,296
Angst	34,2	41,9	22,5	0,854	47,4	52,7	11,1	0,870	74,9	63,8	-14,8	0,949
Somatoform lidelse*	46,2	49,6	7,2	0,598	29,7	31,9	7,3	0,673	67,0	66,8	-0,2	0,629
Andre	43,5	41,2	-5,3	0,008	41,3	43,1	4,4	0,640	66,6	65,8	-1,1	0,542
Komorbiditet												
Depression + angst	28,4	39,7	39,9	0,704	46,1	48,8	5,9	0,739	94,2	74,3	-21,1	0,063
Depres. + somatoform lidelse	41,3	51,0	23,3	0,801	30,1	31,0	3,1	0,359	74,6	65,6	-12,1	0,937
Andre	31,1	41,8	34,4	0,112	43,4	46,8	7,9	0,636	88,1	73,2	-16,9	0,013
Psykiatrisk komorbiditet	33,1	43,7	32,3	0,197	40,9	43,7	7,0	0,672	86,3	71,1	-17,6	0,002

*) Under 10 cases

Bilag 9.7 Gennemsnit af MCS, PCS og CMD-SQ ved indgang i undersøgelsen, ændring over tid og for komorbiditet mellem psykiatrisk diagnose og somatisk lidelse, totalt (specificitetsgrad) og signifikans af gruppe over for ingen psykiatrisk lidelse

Komorbiditet mellem psykiatrisk diagnose (ICD-10) og somatisk diagnose (ICPC)	Gennemsnit af MCS			Gennemsnit af PCS			Gennemsnit af CMD-SQ					
	Før	Efter	Ændring i %	Før	Efter	Ændring i %	Før	Efter	Ændring i %	p		
Alle psyk. diagnoser												
Somatisk patologi:												
Kun specifik patologi	36,5	45,1	23,6	0,529	37,9	43,5	14,7	0,122	79,8	67,1	-16,0	0,088
Kun symptom	41,0	45,6	11,1	0,071	31,7	35,4	11,6	0,858	78,2	72,3	-7,6	0,780
Både spec. og sympt.	38,3	45,3	18,3	0,475	35,5	40,5	14,1	0,154	79,2	69,0	-12,9	0,210
Depression												
Somatisk patologi:												
Kun specifik patologi	34,5	44,6	29,0	0,311	37,9	43,8	15,5	0,185	82,9	69,2	-16,5	0,105
Kun symptom	38,2	43,3	13,4	0,270	32,4	34,9	7,7	0,858	80,8	74,1	-8,3	0,790
Både spec. og sympt.	36,0	44,1	22,5	0,908	35,7	40,5	13,6	0,328	82,1	71,0	-13,5	0,128
Angst												
Somatisk patologi:												
Kun specifik patologi	35,1	42,9	22,1	0,564	37,5	46,9	25,1	0,007	90,0	68,1	-24,4	0,026
Kun symptom*	40,4	41,2	2,0	0,179	36,2	44,3	22,6	0,454	86,6	77,2	-10,9	0,842
Både spec. og sympt.	36,8	42,4	15,3	0,771	37,1	46,2	24,6	0,007	89,0	70,7	-20,6	0,073
Somatoform lidelse												
Somatisk patologi:												
Kun specifik patologi*	41,9	51,2	22,3	0,485	34,9	37,0	6,0	0,508	76,9	61,3	-20,2	0,243
Kun symptom	40,7	49,6	21,9	0,766	32,0	35,1	9,5	0,944	74,9	65,8	-12,3	0,963
Både spec. og sympt.	41,0	50,0	21,9	0,905	32,9	35,6	8,1	0,767	75,5	64,5	-14,6	0,504

*) Under 10 cases

Bilag 10.1 Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for DREAM-variabler (overførselsindkomst) og for DREAM-variabler samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

Overførsels- indkomst	Kontrolgruppen	Interventions- gruppen	Gruppe- p	Samlet værdi af variabel	Variabel- p
Ingen	123,7 (102,0-149,7)	119,4 (99,7-142,9)	0,718	121,5 (106,5-138,4)	0,000
Orlov*	39,8 (2,3-969,6)	58,6 (18,3-216,9)	0,894	52,4 (18,2-169,8)	0,231
Skånejob	-	-	-	-	-
Fleksjob*	156,0 (75,9-310,1)	56,5 (24,2-140,2)	0,062	94,6 (55,4-162,1)	0,807
Revalidering*	-	191,1 (43,6-1082,4)	-	55,8 (9,1-478,0)	0,406
Førtidspension*	-	53,6 (9,9-409,7)	-	53,6 (9,9-409,7)	0,406
Ledighed	74,2 (56,6-97,7)	61,7 (45,7-83,8)	0,408	68,0 (55,6-83,3)	0,000
Sygedagpenge	98,6 (79,6-122,1)	69,3 (54,0-89,3)	0,040	82,8 (70,3-97,7)	0,003
Øvrig	84,1 (57,0-125,1)	67,3 (41,0-111,5)	0,661	75,7 (55,4-103,7)	0,065

*) Under 10 cases i mindst én af grupperne

Bilag 10.2 Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for sygdomsdiagnoser (organdiagnoser) og for sygdomsdiagnoser samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrænser

ICPC- organdiagnose	Kontrolgruppen	Interventions- gruppen	Gruppe- p	Samlet værdi af variabel	Variabel- p
A - Aliment/uspecific.*	90,1 (48,6-169,7)	69,6 (31,5-158,6)	0,712	80,2 (49,2-132,0)	0,332
B - Blod/lymfe*	65,0 (14,5-335,1)	50,2 (12,5-292,3)	0,953	56,6 (22,3-160,6)	0,282
D - Fordøjelsesorg.	173,6 (101,1-290,2)	158,1 (93,5-257,8)	0,718	167,7 (114,3-242,5)	0,006
F - Øje*	52,1 (1,6-1274,2)	75,9 (12,2-8801,4)	0,886	61,8 (8,6-559,0)	0,542
H - Øre*	-	-	-	-	-
K - Hjerter-kar	97,7 (62,5-152,9)	104,0 (59,4-181,7)	0,819	100,4 (70,9-142,2)	0,941
L - Muskuloskeletal	97,5 (79,1-120,2)	91,4 (74,4-112,4)	0,580	94,3 (81,4-109,2)	0,321
N - Nervesystem*	68,5 (34,3-140,6)	64,9 (32,9-133,0)	0,789	66,5 (41,1-109,5)	0,082
P - Psykisk	115,7 (92,4-144,6)	75,5 (59,1-96,7)	0,011	92,8 (78,6-109,7)	0,362
R - Luftveje*	113,6 (45,2-289,1)	49,6 (20,9-132,3)	0,179	71,6 (38,8-136,6)	0,231
S - Hud*	49,6 (2,9-1111,7)	217,0 (53,3-750,9)	0,257	129,5 (40,8-399,1)	0,615
T - Endokrin/metabol.*	89,2 (31,4-265,8)	36,6 (6,1-319,7)	0,427	63,3 (26,9-158,5)	0,215
U - Urinveje*	491,8 (334,5-698,5)	134,8 (9,0-1422,8)	0,485	295,9 (98,2-777,5)	0,004
X - Kvind. kønsorg.*	91,5 (48,1-174,7)	173,8 (110,9-259,9)	0,126	123,7 (83,1-182,3)	0,353
Y - Mandl. kønsorg.*	194,8 (118,8-302,1)	-	-	194,8 (118,8-302,1)	0,491
Z - Sociale forhold*	205,5 (138,6-325,6)	102,7 (28,4-367,5)	0,604	130,7 (55,1-305,1)	0,609

*) Under 10 cases i mindst én af grupperne

Bilag 10.3 Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for sygdomsdiagnoser (patologidiagnoser) og sygdomsdiagnoser samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrenser

ICPC-patologidiagnose	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Gruppe-p	Samlet værdi af variabel	Variabel-p
Somatisk symptom	86,3 (66,2-112,7)	57,3 (41,4-80,0)	0,080	71,2 (57,9-87,8)	0,000
Psykisk symptom	114,9 (81,0-162,3)	78,9 (51,5-121,9)	0,163	97,3 (74,3-127,4)	0,899
Infektionssygdom*	148,6 (46,9-427,0)	146,8 (43,7-464,8)	0,692	147,8 (67,4-312,9)	0,203
Neoplasme	84,8 (48,9-147,8)	121,6 (88,7-166,6)	0,136	104,5 (77,7-140,5)	0,838
Skade	106,2 (71,3-157,9)	139,8 (92,6-209,3)	0,334	121,2 (91,2-160,6)	0,091
Medfødt misdannelse*	227,3 (15,9-1345,9)	105,0 (31,7-378,2)	0,453	121,3 (40,5-381,1)	0,835
Anden specifik medicinsk lidelse	105,5 (82,1-135,4)	99,5 (77,8-127,2)	0,650	102,4 (86,0-122,0)	0,631
Specifik psykisk lidelse	114,1 (85,0-152,9)	72,0 (53,6-97,3)	0,033	88,1 (71,4-108,8)	0,232

*) Under 10 cases i mindst én af grupperne

Bilag 10.4 Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for sygdomsdiagnoser (specificitet) og for sygdomsdiagnoser samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrenser

ICPC-specificitet	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Gruppe-p	Samlet værdi af variabel	Variabel-p
Kun somatiske diagnoser					
Kun specifik patologi	111,5 (91,2-136,1)	130,8 (109,2-156,4)	0,365	120,8 (105,5-138,1)	0,000
Kun symptom	94,8 (71,6-125,7)	61,9 (44,1-87,5)	0,090	77,1 (62,0-96,2)	0,007
Både spec. og sympt.*	24,8 (4,8-216,7)	17,8 (2,7-54,5)	0,703	21,9 (6,2-106,1)	0,006
Kun psykiske diagnoser					
Kun specifik patologi	120,5 (89,2-162,5)	73,7 (53,9-101,3)	0,030	91,7 (73,7-114,3)	0,473
Kun symptom	119,8 (79,1-180,2)	102,1 (63,3-164,9)	0,615	112,2 (82,2-152,9)	0,380
Både spec. og sympt.*	60,2 (1,0-9264,1)	-	0,808	94,3 (11,5-710,2)	0,960
Kun sociale problemer*					
	-	-	-	-	-
Psykiske og somatiske diagn.					
Psykisk og kun specifik somatisk*	95,8 (34,3-281,2)	37,5 (12,3-134,9)	0,260	53,9 (25,1-122,6)	0,096
Psykisk og kun somatisk symptom*	76,8 (30,4-204,5)	51,1 (9,5-381,8)	0,725	65,8 (29,3-155,6)	0,336
Psykisk og blandet somatisk*	-	-	-	-	-
Andre kombinationer	242,6 (177,6-323,9)	102,7 (28,4-367,5)	0,523	136,4 (56,1-321,7)	0,430

*) Under 10 cases i mindst én af grupperne

Bilag 10.5 Raskmeldingsrater for kontrolgruppen og interventionsgruppen for kvartiler af skala-scores på SCL-8AD samt for skala-scores samlet. Antal raskmeldte/1000 langtidssygemeldte/30 dage, med 95%-sikkerhedsgrenser

Kvartil af SCL-8AD	Kontrolgruppen	Interventionsgruppen	Gruppe-p	Samlet værdi af variabel	Variabel-p
1. kvartil	125,5 (97,4-161,3)	129,1 (100,1-166,2)	0,799	127,2 (106,4-152,0)	0,001
2. kvartil	110,8 (86,2-142,3)	96,5 (74,5-125,2)	0,503	103,3 (86,3-123,7)	0,724
3. kvartil	98,9 (72,2-135,5)	104,0 (78,8-137,1)	0,827	101,7 (82,7-125,1)	0,805
4. kvartil	89,6 (69,6-115,6)	55,4 (41,4-74,7)	0,016	71,3 (58,9-86,6)	0,000

Litteratur

1. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357-376.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;21-27.
3. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:587-595.
4. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:96-103.
5. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 Suppl 1:1-27.
6. Kilbom A. Evidence-based programs for the prevention of early exit from work. *Exp Aging Res* 1999; 25:291-299.
7. Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med* 2004; 46:398-412.
8. Greenberg PE, Leong SA, Birnbaum HG. Cost of depression: current assessment and future directions. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2001; 1:69-76.
9. Hawthorne G, Cheek F, Goldney R, Fisher L. The excess cost of depression in South Australia: a population-based study. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37:362-373.
10. Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ et al. The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:383-392.
11. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health, Cambridge, MA, 1996.
12. Bergendorff S. *Sickness absence in Europe - a comparative study*. Riksförsäkringsverket, The National Social Insurance Board, Sweden, Stockholm, 2003.
13. Beskæftigelsesministeriet (Danmark) og en fælles-nordisk arbejdsgruppe. *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær*. Nordisk Ministerråd, København, 2006.
14. Dansk Arbejdsgiverforening. *Arbejdsmarkedsrapport 2005*. DA Forlag, København, 2005.
15. Danmarks Statistik. *Igen stigning i sygedagpengene*. Nyt fra Danmarks Statistik 2007.
16. Labriola M, Lund T, Christensen KB. *Resultater af sygefraværskforskning 2003-2007*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København, 2007.
17. Kjølner M, Davidsen M. *En halv million danskere meget belastet af kronisk sygdom. Muskel- og skeletsygdom er fortsat den hyppigst forekommende sygdomsgruppe*. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.
18. Labriola M. *Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work*. National Institute of Occupational Health, Denmark, and Institute of Public Health, University of Copenhagen, 2006.
19. Lov om sygedagpenge. LOV nr. 563. 9.6.2006.
20. Bekendtgørelse om sygedagpenge. BEK nr. 665. 20.6.2006.
21. Bekendtgørelse af lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel. LBK nr. 1047. 28.10.2004.
22. Lov om ændring af lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel. LOV nr. 396. 1.6.2005.
23. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil* 2002; 12:233-256.
24. Verbrügge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38:1-14.

25. Nielsen CV, Ebbehøj N, Møller US, Maltesen M, Hilden J. Når læger involveres i sygemelding II. Arbejde og sundhed, funktion og deltagelse. Månedsskrift for praktisk lægegerning 2006; 84:835-848.
26. Thyssen O. Det vitale arbejde. I: Larsen HH, ed. Personaleadministration. Artikelsamling. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København, 1981: 5-17.
27. Olsen E, ed. Risikovurdering i arbejdsmiljøet. Risiko ved langtidsudsættelse. Basisbog. Arbejdsmiljøinstituttet, København, 1998.
28. Limborg HJ. Risiko og forebyggelse i 'det nye arbejdsliv' set i et arbejdsmiljøperspektiv. Tidsskrift for Arbejdsliv 2003; 5:9-22.
29. Beder S. Arbejdsmoral til salg - fra puritansk prædikestol til moderne virksomheds-PR. Forlaget Klim, Århus, 2004.
30. Alexanderson K, Norlund A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. Scand J Public Health Suppl 2004; 63:12-30.
31. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. Psychosom Med 2007; 69:30-39.
32. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39:772-781.
33. Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. Am J Psychiatry 2004; 161:1680-1691.
34. Parsons T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. Am J Orthopsychiatry 1951; 21:452-460.
35. Sachs L. Medicinsk antropologi. Liber, Stockholm, 1987.
36. Gannik DE. Situationel sygdom. Samfundslitteratur, København, 1999.
37. Johansen JB. Rygproblemet som 'situationel sygdom'. Danmarks Lærerhøjskole, København, 2000.
38. Hensing G. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 4. Methodological aspects in sickness-absence research. Scand J Public Health Suppl 2004; 63:44-48.
39. Tellnes G. Sickness certification in general practice: a review. Fam Pract 1989; 6:58-65.
40. Definition of 'disability' under the Disability Discrimination Act (DDA): http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/RightsAndObligations/DisabilityRights/DG_4001069. 2007.
41. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. Scand J Public Health 2003; 31:460-474.
42. Wahlström R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. Scand J Public Health Suppl 2004; 63:222-255.
43. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. Eur J Public Health 1995; 5:215-219.
44. Cassis I, Dupriez K, Burnand B, Vader JP. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. Int J Qual Health Care 1996; 8:567-575.
45. Getz L, Westin S, Paulsen B. Behandler og sakkyndig - mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid [Physician and expert - a conflict situation? General practitioners work with disability pension's errands in a time of restraint policy]. Tidsskr Nor Laegeforen 1994; 114:1435-1440.
46. Chew CA, May CR. The benefits of back pain. Fam Pract 1997; 14:461-465.
47. Brage S, Haland Haldorsen EM, Johannesen TS, Ursin H, Tellnes G. The use of case histories to explore concepts of disease, illness and sickness certification. Fam Pract 1995; 12:75-83.
48. Tellnes G, Sandvik L, Moum T. Inter-doctor variation in sickness certification. Scand J Prim Health Care 1990; 8:45-52.
49. Löfvander M, Engström A, Theander H, Furhoff A-K. Young immigrants on long-term sick-leave. Scand J Soc Welf 1997; 6:54-60.
50. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Vil-ladsen E. Return to work among sickness-absent Danish employees: prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study/National Register on Social Transfer Payments. Int J Rehabil Res 2006; 29:229-235.

51. Mabeck CE, Kragstrup J. Is variation a quality in general practice? *Scand J Prim Health Care Suppl* 1993; 1:32-35.
52. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18:48-52.
53. Grossmark FB, Sharer P. A study of certification in general practice. *Practitioner* 1967; 199:354-355.
54. Larsen BA, Førde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding [Physician's role in certification for sick leave]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114:1442-1444.
55. Haldorsen EM, Brage S, Johannesen TS, Tellnes G, Ursin H. Musculoskeletal pain: concepts of disease, illness, and sickness certification in health professionals in Norway. *Scand J Rheumatol* 1996; 25:224-232.
56. Reiso H, Nygård JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Fam Pract* 2000; 17:139-144.
57. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärdsudd K. Do GPs sick-list patients to a lesser extent than other physician categories? A population-based study. *Fam Pract* 2001; 18:393-398.
58. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991; 303:1181-1184.
59. Norrmen G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24:104-109.
60. Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn - legers vurderinger av sykmeldte [Work ability and gender - physicians' assessment of sick-listed patients]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119:3737-3740.
61. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18:81-86.
62. Arrelöv BE, Borgquist L, Svärdsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *Eur J Public Health* 2005; 15:470-474.
63. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15:68-75.
64. Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8:37-44.
65. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand J Public Health* 2005; 33:314-320.
66. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärdsudd K. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. *Health Policy* 2003; 63:259-268.
67. Fleten N, Johnsen R, Østrem BS. Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology study. *BMC Public Health* 2004; 4:8.
68. Mæland JG, Ringdal PR, Haug K. Kvalitetsvurdering av Sykmelding II - en nyttig legeerklæring eller et unødvendig skjema? [Assessing the quality of medical certificates II - useful criteria or unnecessary schedule?]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122:161-164.
69. Ringdal PR, Haug K, Mæland JG. Fører systematisk vurdering av Sykmelding II-erklæringer til lavere trygdeforbruk? [Does systematic evaluation of sickness certification II lead to less use of health insurance?]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122:157-160.
70. Bredkjær SR, Hvas AC, Vass M, Nielsen H. Er den udvidede attest LÆ 355 anvendelig ved langvarige sygedagpengesager? [Is the new LÆ 355 certificate useful for extended sick leave benefits?]. *Ugeskr Laeger* 1996; 158:603-606.
71. Marschall B. Dagpengeattesters værdi for socialmedicinsk sagsbehandling [The value of daily allowance certificates for sociomedical treatment]. *Ugeskr Laeger* 1991; 153:3623-3626.
72. Tellnes G, Svendsen KO, Bruusgaard D, Bjerkedal T. Incidence of sickness certification. Proposal for use as a health status indicator. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7:111-117.
73. Tellnes G. Sickness certification - an epidemiological study related to community medicine and general practice. University of Oslo, Oslo, 1990.

74. Tellnes G. Duration of episodes of sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7:237-244.
75. Grünfeld B, Noreik K. Langtidssykmeldte i Oslo. En oppfølgingsstudie [Long-term sick-leave patients in Oslo. A follow-up study]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992; 112:215-218.
76. Berg JE, Tellnes G, Noreik K, Melsom H. Sykmelding II-ordningen. Fra prosjektet Evaluering av oppfølging av langtidssykmeldte [The sick leave notification II system. From the project Evaluation of follow-up of long-term sick leave patients]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990; 110:1393-1397.
77. Trompenaars FJ, Masthoff ED, van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:588-594.
78. Jonsson PM, Nyström L, Sterky G, Wall S. Sociodemographic predictors of self-rated health in patients with diabetes of short duration. *Scand J Public Health* 2001; 29:263-270.
79. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *Eur Psychiatry* 1999; 14:256-263.
80. Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv* 1997; 48:224-230.
81. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43:794-798.
82. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53:895-907.
83. Loge JH, Kaasa S. Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26:250-258.
84. Børner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. Lægemiddel Industri Foreningen, København, 1997.
85. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;38-46.
86. Fenn HH, Bauer MS, Altshuler L et al. Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. *J Affect Disord* 2005; 86:47-60.
87. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2001; 10:621-635.
88. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, comorbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain - a gender perspective. *Eur J Pain* 2004; 8:435-450.
89. Hopman WM, Berger C, Joseph L et al. The natural progression of health-related quality of life: results of a five-year prospective study of SF-36 scores in a normative population. *Qual Life Res* 2006; 15:527-536.
90. Marks GN, Fleming N. Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980-1995. *Soc Indic Res* 1999; 46:301-323.
91. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 30:657-668.
92. Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzua-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens* 2003; 21:1283-1289.
93. Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. *Arthritis Rheum* 2004; 51:168-176.
94. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T, Wittchen HU. Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:453-462.
95. Berardi D, Berti CG, Leggieri G, Rucci P, Üstün B, Ferrari G. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29:133-148.

96. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:11-19.
97. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001; 55:51-69.
98. Burke J, Burke K, Baker J, Hillis A. Test-retest reliability in psychiatric patients of the SF-36 Health Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 1995; 5:189-194.
99. Kouzis AC, Eaton WW. Psychopathology and the development of disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:379-386.
100. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:213-218.
101. Wells KB, Stewart A, Hays RD et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262:914-919.
102. Browne S, Roe M, Lane A et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:118-124.
103. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of the Los Angeles general population. *Am J Psychiatry* 1988; 145:712-717.
104. Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:889-895.
105. Sanderson K, Andrews G. Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatr Serv* 2002; 53:80-86.
106. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; 190:326-332.
107. Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:131-140.
108. van den Bos GAM. The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies. *Eur J Public Health* 1995; 5:29-34.
109. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:436-443.
110. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003; 45:1257-1266.
111. Dersh J, Gatchel RJ, Polatin P, Mayer T. Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. *J Occup Environ Med* 2002; 44:459-468.
112. Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med* 2001; 58:420-424.
113. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;38-43.
114. Bjørndal A. Oppfølging av langtidssykmeldte. En undersøkelse av en kohort fra Moss kommune [Follow-up of persons on long-term sick-leave. A cohort study in the city of Moss]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114: 2857-2862.
115. Berardi D, Menchetti M, De Ronchi D, Rucci P, Leggieri G, Ferrari G. Late-life depression in primary care: a nationwide Italian epidemiological survey. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:77-83.
116. Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 Suppl 4:8-15.
117. Andrews G, Sanderson K, Beard J. Burden of disease. Methods of calculating disability from mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173:123-131.
118. Härter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:461-468.

119. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE, Jr., Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:47.
120. Stein MB, Cox BJ, Afifi TO, Belik SL, Sareen J. Does comorbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychol Med* 2006; 36:587-596.
121. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146:317-325.
122. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163:2433-2445.
123. Wagner HR, Burns BJ, Broadhead WE, Yarnall KS, Sigmon A, Gaynes BN. Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychol Med* 2000; 30:1377-1390.
124. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004; 107:134-139.
125. Mannion AF, Dolan P, Adams MA. Psychological questionnaires: do "abnormal" scores precede or follow first-time low back pain? *Spine* 1996; 21:2603-2611.
126. Toft T. Managing patients with functional somatic symptoms in general practice, PhD thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Denmark, 2004.
127. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;28-37.
128. Ormel J, von Korff M, Üstün TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272:1741-1748.
129. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health* 2001; 29:175-182.
130. Hensing G, Brage S, Nygård JF, Sandanger I, Tellnes G. Sickness absence with psychiatric disorders - an increased risk for marginalisation among men? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:335-340.
131. Eshøj P, Jepsen JR, Nielsen CV. Long-term sickness absence - risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. *Occup Med (Lond)* 2001; 51:347-353.
132. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:124-130.
133. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. *Soc Sci Med* 1995; 40:189-197.
134. Gjesdal S, Bratberg E. Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: results from a three-year, multi-register based* and prospective study. *Scand J Public Health* 2003; 31:246-254.
135. Shiels C, Gabbay MB, Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract* 2004; 54:86-91.
136. Feeney A, North F, Head J, Canner R, Marmot M. Socio-economic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1998; 55:91-98.
137. Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. *Br J Psychiatry* 1998; 172:250-256.
138. Hensing G, Alexanderson K, Akerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30:39-43.
139. Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:71-77.
140. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003; 60:3-9.
141. Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depress Anxiety* 2003; 17:220-223.

142. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 1997; 27:861-873.
143. Jenkins R. Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence. *Br J Ind Med* 1985; 42:147-154.
144. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264:2524-2528.
145. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med* 2001; 43:218-225.
146. Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:875-880.
147. Marhold C, Linton SJ, Melin L. Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *J Occup Rehabil* 2002; 12:65-75.
148. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32:67-74.
149. Den Sociale Ankestyrelse A. Førtidspensioner Årsstatistik 1999. Den Sociale Ankestyrelse, Analysekontoret, København, 2000.
150. Ankestyrelsen. Førtidspensioner: Årsstatistik 2005. Ankestyrelsen, Analysekontoret, København, 2006.
151. Tveråmo A, Dalgard OS, Claussen B. Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000 [Increasing psychological stress among young adults in Norway, 1990-2000]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123:2011-2015.
152. Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretrygdede [More and more young people on disability pensions]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121:1452-1456.
153. Gjesdal S, Haug K, Ringdal PR, Vollset SE, Mæland JG. Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykemeldte [Risk of disability pension among young persons on long-term sick leave]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125:1801-1805.
154. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Mæland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health* 2004; 14:398-405.
155. Mykletun A, Overland S, Dahl AA et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1412-1418.
156. Andersson L, Wiles N, Lewis G, Brage S, Hensing G. Disability pension for psychiatric disorders: regional differences in Norway 1988-2000. *Nord J Psychiatry* 2006; 60:255-262.
157. Upmark M, Lundberg I, Sadigh J, Allebeck P, Bigert C. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:533-540.
158. Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsä ET. Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:206-213.
159. Kivimäki M, Forma P, Wikström J et al. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:710-711.
160. Fink P, Ewald H, Jensen J et al. Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *J Psychosom Res* 1999; 46:261-273.
161. Fink P, Ørnbøl E, Hansen MS, Søndergaard L, De Jonge P. Detecting mental disorders in general hospitals by the SCL-8 scale. *J Psychosom Res* 2004; 56:371-375.
162. Fink P, Ørnbøl E, Huyse FJ et al. A brief diagnostic screening instrument for mental disturbances in general medical wards. *J Psychosom Res* 2004; 57:17-24.
163. Hickie IB, Davenport TA, Ricci CS. Screening for depression in general practice and related medical settings. *Med J Aust* 2002; 177 Suppl:S111-S116.
164. Kraemer HC. *Evaluating Medical Tests: Objective and Quantitative Guidelines*. SAGE Publications, Newbury Park, CA, 1992.
165. SCAN. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (Computer Program)*. World Health Organization, Geneva, 1994.

166. Christensen KS, Fink P, Toft T, Frostholt L, Ørnbøl E, Olesen F. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Fam Pract* 2005; 22:448-457.
167. Christensen KS, Toft T, Frostholt L, Ørnbøl E, Fink P, Olesen F. The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders. *Br J Gen Pract* 2003; 53:758-763.
168. Christensen KS, Toft T, Frostholt L, Ørnbøl E, Fink P, Olesen F. Screening for common mental disorders: who will benefit? Results from a randomised clinical trial. *Fam Pract* 2005; 22:428-434.
169. Christensen KS. Screening for functional and mental disorders in general practice. Results from a randomised clinical trial. Research Unit for Functional Disorders, Aarhus University Hospital and Research Unit and Department of General Practice, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, 2004.
170. Fink P, Jensen J, Borgquist L et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:409-418.
171. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95:6-12.
172. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974; 19:1-15.
173. Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37:15-18.
174. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.
175. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999; 282:1737-1744.
176. Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M et al. A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20:1-11.
177. Oxman AD, Guyatt GH. Guidelines for reading literature reviews. *CMAJ* 1988; 138:697-703.
178. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Ondt i ryggen: forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, København, 1999.
179. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85:317-332.
180. Malmquist J. Medicinska krav för sjukskrivning - det finns ett kunskapsproblem [Medical requirements of sickness certificates - there is a problem of experience]. *Lakartidningen* 2002; 99:3055-3056.
181. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18:215-219.
182. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med* 2006; 63:495-502.
183. Mortelmans K, Donceel P, Lahaye D. Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. *Occup Med (Lond)* 2006; 56:129-136.
184. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials* 2007; 2:e26.
185. Rutz W, Walinder J, Eberhard G et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:19-26.
186. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:83-88.
187. Rost K, Smith JL, Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care* 2004; 42:1202-1210.

188. Lo Sasso AT, Rost K, Beck A. Modeling the impact of enhanced depression treatment on workplace functioning and costs: a cost-benefit approach. *Med Care* 2006; 44:352-358.
189. Smith JL, Rost KM, Nutting PA, Libby AM, Elliott CE, Pyne JM. Impact of primary care depression intervention on employment and workplace conflict outcomes: is value added? *J Ment Health Policy Econ* 2002; 5:43-49.
190. Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health* 2007; 17:214-220.
191. Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Patients with minor mental disorders leading to sickness absence: A feasibility study for social workers' participation in a treatment programme. *Br J Soc Work* 2006; 36:127-138.
192. Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:223-229.
193. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60:429-437.
194. Fleten N, Johnsen R. Reducing sick leave by minimal postal intervention; a randomized, controlled intervention study. *Occup Environ Med* 2006; 63:676-682.
195. Kawakami N, Haratani T, Iwata N, Imanaka Y, Murata K, Araki S. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Ind Health* 1999; 37:237-242.
196. Kawakami N, Araki S, Kawashima M, Masumoto T, Hayashi T. Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23:54-59.
197. Bower P, Byford S, Sibbald B et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness. *BMJ* 2000; 321:1389-1392.
198. Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH et al. Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *BMJ* 2001; 323:86.
199. Nystuen P, Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [SRCTN39140363]. *BMC Public Health* 2006; 6:69.
200. Nystuen P, Hagen KB. Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2003; 3:19.
201. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003; 60 Suppl 1:i21-i25.
202. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Validation of performance indicators for rehabilitation of workers with mental health problems. *Med Care* 2005; 43:1034-1042.
203. Löfvander M, Engström A, Theander H, Furhoff AK. Rehabilitation of young immigrants in primary care. A comparison between two treatment models. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15:123-128.
204. Marnetoft SU, Selander J. Multidisciplinary vocational rehabilitation focusing on work training and case management for unemployed sick-listed people. *Int J Rehabil Res* 2000; 23:271-279.
205. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med* 2004; 61:817-823.
206. Bonde JP, Rasmussen MS, Hjøllund H et al. Occupational disorders and return to work: a randomized controlled study. *J Rehabil Med* 2005; 37:230-235.
207. de Boer AG, van Beek JC, Durinck J, Verbeek JH, van Dijk FJ. An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2004; 61:924-929.
208. Malcolm RM, Harrison J, Forster H. Effects of changing the pattern of sickness absence referrals in a local authority. *Occup Med (Lond)* 1993; 43:211-215.

209. Høgelund J, Holm A. Case management interviews and the return to work of disabled employees. *J Health Econ* 2006; 25:500-519.
210. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001; 91:270-276.
211. Doctor RS, Curtis D, Isaacs G. Psychiatric morbidity in policemen and the effect of brief psychotherapeutic intervention - A pilot study. *Stress Medicine* 1994; 10:151-157.
212. Smoot SL, Gonzales JL. Cost-effective communication skills training for state hospital employees. *Psychiatr Serv* 1995; 46:819-822.
213. Schrijnemaekers VJ, van Rossum E, Candel MJ et al. Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58:S50-S57.
214. Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, Twisk JW, van Mechelen W. Worksite health promotion using individual counselling and the effectiveness on sick leave; results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2004; 61:275-279.
215. Proper KI, de Bruyne MC, Hildebrandt VH, van der Beek AJ, Meerding WJ, van Mechelen W. Costs, benefits and effectiveness of worksite physical activity counseling from the employer's perspective. *Scand J Work Environ Health* 2004; 30:36-46.
216. Eriksen HR, Ihlebæk C, Mikkelsen A, Grønningsæter H, Sandal GM, Ursin H. Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occup Med (Lond)* 2002; 52:383-391.
217. Saksvik PO, Nytro K. Improving subjective health and reducing absenteeism in a natural work life-intervention. *Scand J Psychol* 2001; 42:17-24.
218. Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-register: www.ams.dk/sw2442.asp. Arbejdsmarkedsstyrelsen, København.
219. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. World Health Organisation, Geneva, 2006.
220. Oxhøj M-L. Somatoforme tilstande blandt patienter indlagt på medicinsk afdeling. Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Hospital i Århus, 1999.
221. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000; 160:1977-1989.
222. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252:1905-1907.
223. van der Linden WJ, Hambleton RK, eds. *Handbook of Modern Item Response Theory*. Springer Verlag, New York, 1997.
224. Korr WS, Ford BC. Measuring quality of life in the mentally ill. *Qual Life Res* 2003; 12 Suppl 1:17-23.
225. Andresen EM, Meyers AR. Health-related quality of life outcomes measures. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: S30-S45.
226. Katschnig H, Angermeyer MC. Quality of life in depression. I: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of life in mental disorders*. Wiley, Chichester, 1997: 137-148.
227. Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II Study. *BMJ* 1997; 315:1273-1279.
228. Hopman WM, Berger C, Joseph L et al. Stability of normative data for the SF-36: results of a three-year prospective study in middle-aged Canadians. *Can J Public Health* 2004; 95:387-391.
229. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *CMAJ* 2000; 163:265-271.
230. Hopman WM, Berger C, Joseph L et al. Is there regional variation in the SF-36 scores of Canadian adults? *Can J Public Health* 2002; 93:233-237.
231. Sullivan MD, Kempen GI, van Sonderen E, Ormel J. Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Qual Life Res* 2000; 9:801-810.
232. Romney DM, Evans DR. Toward a general model of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1996; 5:235-241.
233. Stewart AL, Ware JE, Jr. *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Duke University Press, London, 1992.

234. McHorney CA, Ware JE, Jr., Rogers W, Raczek AE, Lu JF. The validity and relative precision of MOS short- and long-form health status scales and Dartmouth COOP charts. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1992; 30:MS253-MS265.
235. Ware JE, Jr., Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, The Health Institute, Boston, MA, 1993.
236. McHorney CA, Ware JE, Jr., Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32:40-66.
237. McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31:247-263.
238. Brook RH, Ware JE, Jr., Davies-Avery A et al. Overview of adult health measures fielded in Rand's health insurance study. *Med Care* 1979; 17:iii-131.
239. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford University Press, Oxford, 1993.
240. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygård JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract* 1996; 13:391-396.
241. Lamberts H, Wood M. ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford University Press, Oxford, 1987.
242. Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract* 1996; 13:294-302.
243. Dunn G, Pickles A, Tansella M, Vazquez-Barquero JL. Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *Br J Psychiatry* 1999; 174:95-100.
244. Bisoffi G, Mazzi MA, Dunn G. Evaluating screening questionnaires using Receiver Operating Characteristic (ROC) curves from two-phase (double) samples. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000; 9:121-133.
245. Zhou XH. A nonparametric maximum likelihood estimator for the receiver operating characteristic curve area in the presence of verification bias. *Biometrics* 1996; 52:299-305.
246. Zhou XH. Correcting for verification bias in studies of a diagnostic test's accuracy. *Stat Methods Med Res* 1998; 7:337-353.
247. Hunink MG, Begg CB. Diamond's correction method - A real gem or just cubic zirconium? *Med Decis Making* 1991; 11:201-203.
248. Juul S. An introduction to Stata for health researchers. Stata Press, Collage Station, Tex, 2006.
249. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Survival Analysis. Regression Modeling of Time to Event Data. John Wiley & Sons, New York, 1999.
250. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. John Wiley & Sons, New York, 2000.
251. STATA 7.0. Stata Corp., Texas, 2006.
252. SPSS 14.0. SPSS Inc., Chicago, 2006.
253. Rothman KJ. No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology* 1990; 1:43-46.
254. Katz MH. Multivariable Analysis. A practical guide for clinicians. Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
255. The Area Under an ROC Curve: <http://gim.unmc.edu/dxtests/ROC3.htm>. 2007.
256. Munoz SR, Bangdiwala SI. Interpretation of Kappa and B statistics measures of agreement. *Journal of Applied Statistics* 1997; 24:105-111.
257. Danmarks Statistiks hjemmeside: <http://www.dst.dk/>. 2007.
258. Labriola M, Christensen KB, Lund T, Nielsen ML, Diderichsen F. Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *J Occup Environ Med* 2006; 48:923-929.
259. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.
260. Stewart AL, Hays RD, Ware JE, Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26:724-735.
261. Foldspang A, Juul S, Olsen J, Sabroe S. Epidemiologi, sygdom og befolkning. Munksgaard, København, 1986.

262. Tennant A, Badley EM. Investigating non-response bias in a survey of disablement in the community: implications for survey methodology. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45:247-250.
263. Mond JM, Rodgers B, Hay PJ, Owen C, Beumont PJ. Non-response bias in a general population survey of eating-disordered behavior. *Int J Eat Disord* 2004; 36:89-98.
264. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001; 322:406-409.
265. Johnson R, Ananth J. Physically ill and mentally ill. *Can J Psychiatry* 1986; 31:197-201.
266. Barnes RF, Mason JC, Greer C, Ray FT. Medical illness in chronic psychiatric outpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 1983; 5:191-195.
267. D'Ercole A, Skodol AE, Struening E, Curtis J, Millman J. Diagnosis of physical illness in psychiatric patients using axis III and a standardized medical history. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:395-400.
268. Hewer W, Biedert S, Forstl H, Alm B. Unentdeckte körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Neuaufnahmen [Undetected physical diseases in new psychiatric admission]. *Psychiatr Prax* 1992; 19:171-177.
269. Koran LM, Sheline Y, Imai K et al. Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1623-1625.
270. A new view of statistics:
<http://www.sportsci.org/resource/stats/index.html>.
2007.

