

# **Effekten af afklaringsforløb ved en revalideringsinstitution**

Litteraturstudie,  
&  
registerundersøgelse

suppleret med  
interview af udvalgte deltagere

Masteropgave ved master i rehabilitering feb-juli 2007

Gert Thomsen  
Eksamens nr 159191

Vejleder: Kurt Møller; Inventum

31. juli 2007  
56 sider + 27 sider bilag  
105.000 anslag

1.0	Introduktion.....	<u>4</u>
1.2	Baggrund.....	<u>4</u>
1.2	Problemformulering.....	<u>7</u>
1.3	Formål.....	<u>7</u>
1.4	Mål.....	<u>8</u>
1.5	Definitioner:.....	<u>8</u>
1.6	Forkortelser.....	<u>9</u>
1.7	Afgrænsning.....	<u>9</u>
1.8	Etik.....	<u>9</u>
1.9	Strukturen i afhandlingen.....	<u>10</u>
2.0	Undersøgellesdesign.....	<u>10</u>
2.1	Litteraturgennemgangen.....	<u>10</u>
2.2	registerstudiet.....	<u>11</u>
2.3	Interview.....	<u>11</u>
3	Litteratur gennemgang.....	<u>12</u>
3.1	Indledning.....	<u>12</u>
3.2	Formål.....	<u>12</u>
3.3	Metode.....	<u>12</u>
3.4	Resultater.....	<u>14</u>
3.5	Diskussion.....	<u>21</u>
3.6	Konklusion.....	<u>23</u>
4.0	Registerstudiet.....	<u>24</u>
4.1	Indledning.....	<u>24</u>
4.2	Formål.....	<u>27</u>
4.3	Metode.....	<u>27</u>
4.4	Resultater:.....	<u>32</u>
4.5	Diskussion.....	<u>42</u>
4.6	Konklusion.....	<u>46</u>
5.0	Interview undersøgelse.....	<u>47</u>
5.1	Indledning.....	<u>47</u>
5.3	Metode.....	<u>48</u>
5.4	Resultater.....	<u>49</u>
5.5	Diskussion.....	<u>52</u>
5.5	Konklusion.....	<u>54</u>
6.0	Sammenfatning af delundersøgelserne.....	<u>54</u>
6.1	Perspektivering.....	<u>56</u>

Referencer.....	<a href="#">57</a>
Bilagsliste.....	<a href="#">61</a>
Bilag 1: Litteraturstudiet: Søgeprofiler. ....	<a href="#">62</a>
Bilag 2 Litteraturstudiet Tabel 1 Datamateriale. ....	<a href="#">64</a>
Bilag 3 Litteraturstudiet Tabel 2: Forsørgelsesmæssig status ved opfølgning:.. ....	<a href="#">69</a>
Bilag 4 Litteraturstudiet Tabel 3 Faktorer ved indskrivningen, der har betydning for status ved opfølgning. ....	<a href="#">71</a>
Bilag 5: Registerstudiet: Datakilder til Dream databasen. ....	<a href="#">73</a>
Bilag 6: Registerstudiet: Data-oparbejdning og omkodning. ....	<a href="#">75</a>
Bilag 7: Registerstudiet: Aldersfordelte ydelsesgrupper.....	<a href="#">79</a>
Summary in English.....	<a href="#">83</a>

## 1.0 Introduktion

I mit arbejde som læge på en arbejdsmedicinsk afdeling møder jeg mange patienter, hvis dagligdag er præget af, at de er usikre på deres arbejdsmæssige fremtid. Nogle af disse vil af kommunen blive visiteret til afklaring på et revacenter. Mine kolleger og jeg har som en del af vores arbejde lægekonsulentbetjening af de lokale revacentre. Både under arbejdet på arbejdsmedicinsk afdeling og ved konsulentarbejdet på revacentrene melder spørgsmålet sig: har personerne gavn af at komme på reva? Der er de senere år kommet dels en sociologisk undersøgelse,(Mik-Meyer 2005) dels en debatbog,(Olsen 2005) som rejser samme spørgsmål særdeles kritisk.

Denne masterafhandling består af tre delstudier:

- a En litteraturgennemgang mhp at udpege faktorer, der i dansk kontekst kan antages at have betydning for effekten af revalideringstiltag.
- b Et registerstudie af 2535 forløb ved et revacenter
- c Et pilotstudie med interview af 5 brugere ved samme revainstitution for ud fra brugerens oplevelse at belyse nogle af de faktorer, der har betydning for resultatet.

## 1.2 Baggrund

WHO har i 1969 defineret rehabilitering: ”Rehabilitation aims not only at training disabled and handicapped persons to adapt to their environment, but also at intervening to their immediate environment and society as a whole in order to facilitate their social integration”(Jepsen & Eshoj 1993). Arbejdsevne tillægges væsentlig værdi i vurdering af handicap, således også i ICF-klassifikationen (kategori p85). Det at sikre personens tilbagevenden til et aktivt socialt liv, herunder arbejdsliv er en integreret del af rehabilitering. For mange personer med kronisk eller langvarigt sygdomsforløb eller langvarig belastet social situation er afklaringen af mulighederne for at vende tilbage til arbejdsmarkedet eller at få pension en meget væsentlig del af det samlede forløb. Manglende afklaring fører til

usikkerhed om det fremtidige forsørgelsesgrundlag, hvilket er belastende for personen og gør det vanskeligt at håndtere livssituationen i øvrigt.

Det at afklare en persons muligheder for, eventuelt med støtte, at vende tilbage til / genoptage arbejde er derfor en væsentlig del af rehabiliteringen for personer i den arbejdsdygtige alder.

Den angelsaksiske betegnelse for denne del af rehabiliteringen er ”Vocational Rehabilitation”. På dansk anvendes begrebet revalidering.

I USA startede revalidering efter første verdenskrig som et statsligt program til at få handikappede veteraner tilbage på arbejdsmarkedet. Det er fortsat et statsligt system som hovedregel med en myndighed i hver stat. I modsætning til hovedparten af den europæiske revalidering foregår det som hovedregel ved, at personer med behov for hjælp til at forblive eller komme tilbage på arbejdsmarkedet får tildelt en ”Vocational Rehabilitation Counselor”: VRC. Der er over årene udviklet i et system til uddannelse af VRC’er, VRC-instruktører, koordinatører mv. inklusive universitets uddannelser.(Stubbs & Deaner 2005) I hovedparten af de vestlige lande er revalidering institutionsbaseret. I en række lande i fx Tyskland, England og Canada er revalidering knyttet til forsikringselskaber, ikke mindst til arbejdsskadeforsikring. Dette var også til dels tilfældet i Danmark tidligere . Således var 30% af klienterne ved Genoptræningsinstituttet ved Rigshospitalet i 1980 henvist fra Sikringsstyrelsen (senere Arbejdsskadestyrelsen)(Foldspang 1982 ). Revalideringens placering har ændret sig over tid. Det har tidligere været knyttet til genoptræningsinstitutionerne, fx. Genoptræningsinstituttet ved Rigshospitalet med betydelig sundhedsfaglig, herunder lægelig stab. I Danmark er revacentrene nu primært sociale institutioner med kun begrænset sundhedsfaglig stab. Revalidering er i det øvrige Skandinavien fortsat til dels medicinsk præget med rehabiliterings/revaliderings institutioner med betydelig sundhedsfaglig stab.(Craner, Adolfsson, et al. 2001) Såvel i Danmark som de øvrige nordiske lande foregår en stor del af revalideringen dog i kommunalt regi uden inddragelse af revacentrene.

Revalideringsbegrebet har været i dansk lovgivning siden 1960. Ved gennemførelsen af bistandsloven 1976 blev revalidering en del af denne. Det var i starten et overvejende socialt tilbud, men der er siden sket en række ændringer i retning af at flytte revalidering fra social til arbejdsmarkedspolitik. Med Lov om aktiv socialpolitik (LAP-loven) 1998 blev bestemmelserne om revalidering og kommunal aktivering samlet i en lov.

Der er de senere år sket en ændring i såvel social- som arbejdsmarkedspolitikken. Der er et stigende fokus på at få så mange som muligt i beskæftigelse og der er øgede krav til dokumentation i afgørelsen af sager om flexjob og førtidspension. Senest har regeringens tiltag ”En ny chance til alle” medført, at også personer, der i lang tid har været på kontanthjælp, skal afklares.

Når en person har været sygemeldt mere end 8 uger skal bopælskommunen foretage en vurdering af, om borgeren har helbredsmæssige eller andre problemer, som medfører at der er behov for en særlig indsats for at få borgeren tilbage på arbejdsmarkedet, til hel eller delvis selvforsørgelse. På samme måde har kommunen en opfølgings og vurderings forpligtelse overfor personer på kontanthjælp.

Der er en mangeårig tradition for at kommunerne til brug for dette visiterer en del af disse borgere til revacentrene<sup>1</sup>. Udover en afklaring af, i hvilken udstrækning borgere med sociale og/eller helbredsmæssige problemer kan klare sig på arbejdsmarkedet, medvirker revainstitutionerne til at skaffe borgerne arbejde, eventuelt på særlige vilkår, og til at samle den fornødne dokumentation til at fx pensionssager kan afgøres på et velbelyst grundlag. Netop behovet for at få afklaret situationen og for om muligt at komme tilbage i arbejde fremhæves både af borgere og ansatte i en MPH afhandling om erhvervsrettet revalidering (Kibsgaard 2004) og i en formidlingsrapport fra Århus Amt (Andersen & Vinther-Jensen 2002) om et udviklingsprojekt ved Revacenter Silkeborg.

I 2006 var ca 25.000 på revalidering (Danmarks Statistik. 2007). Når revalidering iværksættes udarbejder sagsbehandlere sammen med borgeren en revalideringsplan. I fem procent af tilfældene indgår ophold på et revacenter i planen. Inden den egentlige revalidering iværksættes har 35 % været igennem en eller anden form for forrevalidering. Af disse har 20 % været i arbejdsprøvning på et revacenter (Filges, Harslof I., et al. 2002). Ca. 31.000 kontanthjælpsmodtagere aktiveredes under vejledning og opkvalificering samt virksomhedspraktik, hvilket for en del også er sket igennem et revacenter.

---

<sup>1</sup>Før kommunalreformen var de fleste revacentre amtslige, enkelte kommunale. Efter er de fleste overtaget af kommunerne, mens nogle er blevet selvejende institutioner.

Revacentrene har meget forskellig opbygning og arbejdsform, og der er endvidere de sidste år kommet andre (private) aktører, som udbyder at foretage afklaringen for kommunerne. Der foregår imidlertid ingen systematisk registrering af forløbene eller hvad der kommer ud af dem.

Der er de sidste ti år kommet fokus på arbejdsfastholdelse og tilbage til arbejde indsatser (Return To Work), med udviklings- og forskningsprojekter både internationalt og i Danmark (Lund 2003; Labriola, Lund, et al. 2007; Bonde, Rasmussen, et al. 2005). Revalidering primært forankret i kommunerne og virksomhedsbaseret revalidering er undersøgt, specielt af SFI (Filges, Harslof I., et al. 2002; Filges 2001; Harslof I. 2000; Harslof I., Møller, et al. 2002), mens aktiviteterne på revacentrene kun er sparsomt undersøgt, selvom revacentrene tager sig af afklaringen af de tungeste sager.

Revalidering er således en central del af rehabiliteringen, som har stor betydning både for den enkelte person og for samfundet. Der er derfor behov for mere viden om hvorvidt forløb på revainstitutionerne og ved andre udbydere hjælper til afklaring og hvilke faktorer før og i forløbet, der har betydning for om dette opnås.

## 1.2 Problemformulering

- Medvirker forløb ved revainstitutionerne til, at borgerne får afklaret deres forsørgelsesmæssige situation
- Hvilke faktorer har betydning for om revaforløb fører til afklaring

## 1.3 Formål

at skabe mulighed for forbedre forløbene på revainstitutionerne

- ved at øge kendskabet til faktorer, der har betydning for udfaldet
- ved at udvikle et redskab til monitorering af forløbene

## 1.4 Mål

Undersøgelsen mål er at:

1. beskrive hvilke ændringer der sker i arbejdsmarkedstilknytningen ved deltagelse i et forløb på et revacenter
2. undersøge betydningen af de beskæftigelses og forsørgelsesmæssige profiler inden revaforløbet, i forhold til resultatet
3. undersøge, om der er forskelle på udfaldet efter forskellige typer af forløb på revainstitutionen.
4. beskrive nogle af de faktorer, som borgerne oplever har betydning for forløbet
5. beskrive nogle af de faktorer, der bør inddrages i fremtidige kvalitetsudviklingstiltag på revalideringsinstitutioner.
6. afprøve brugen af data fra DREAM databasen til monitorering af revalideringsforløb

## 1.5 Definitioner:

De officielle definitioner på revalidering og forrevalidering er:

*Revalidering:* Kommunens tilbud om “erhvervsrettede aktiviteter og økonomisk hjælp, der kan bidrage til, at en person med begrænsninger i arbejdsevnen, herunder personer, der er berettiget til ledighedsydelse og særlig ydelse, fastholdes eller kommer ind på arbejdsmarkedet, således at den pågældendes mulighed for at forsørge sig selv og sin familie forbedres.”

*Forrevalidering:* “Aktiviteter, som revalidenden gennemfører, før det erhvervmæssige sigte er afklaret. Det er aktiviteter med et erhvervsmodnende eller afklarende sigte for revalidenden”(Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik 2005 §46).

Begrebet revalidering betegner i denne afhandling indsatser, udover rent medicinske, der har til formål at gøre en person i stand til at vende tilbage på arbejdsmarkedet. Indsatsen kan være rettet både mod personen og mod den eventuelle arbejdsplads. Endvidere er ordet anvendt som oversættelse af det engelske begreb “vocational rehabilitation.”



*Afklaring* er i denne afhandling anvendt ud fra en sociallovgivningmæssig-administrativ kontekst, dvs at det bliver muligt at udarbejde en plan for hvordan borgeren kan opnå et varigt forsørgelsesgrundlag: enten ved at komme i fuld, delvis eller støttet beskæftigelse eller tilkendes førtidspension.

## 1.6 Forkortelser

FP - Førtidspension

NK - Niveau-kode, forklaret på side##

ΔNK- ændring i niveau-kode

RCT - randomiserede kontrollerede forsøg

RTW - return-to-work: tilbagevenden til arbejde

## 1.7 Afgrænsning

Den empiriske del af denne afhandling undersøger kun den del af revaliderings/afklaringsprocessen, der foregår på et revacenter.

## 1.8 Etik

Datatilsynet har givet tilladelse til indhentning, samling og opbevaring af data: Jr.Nr 2007-41-0265. Efter indhentning og kobling af data er de anonymiseret. Nøglen til sammenkobling af data og personidentificerbare oplysninger opbevares adskilt fra data. Data indhentes, sammenkobles og anvendes i overensstemmelse med regler fastsat af Datatilsynet. Udtagning af biologisk materiale eller behandling indgår ikke i projektet. Der skal derfor ikke foretages anmeldelse til Det Videnskabetiske Komitesystem.

De borgere, der er kontaktet mhp interview, har modtaget skriftlig og mundtlig orientering om formålet med undersøgelsen og at det er frivilligt at deltage. De er endvidere først kontaktet efter de er afsluttet på Reva, hvorfor interviewene ikke har kunnet påvirke deres forløb på Reva.

## 1.9 Strukturen i afhandlingen

I det følgende vil undersøgelsens overordnede metode blive beskrevet (afsnit 2). Herefter præsenteres metode og resultater for delstudierne: Litteraturgennemgang (afsnit 3), Registerstudiet (afsnit 4) og Interviewundersøgelsen (afsnit 5). Herefter en samlet diskussion (afsnit 6) og konklusion og perspektivering (afsnit 7)

## 2.0 Undersøgellesdesign

De overordnede mål med afhandlingen er at øge viden om effekterne af afklaringsforløb på revacentre for derved at danne basis for at arbejde med udvikling af disse.

Dette gøres på tre måder: Belysning af eksisterende viden ved en litteratur gennemgang, ved et register studie af forløbene ved en reva institution og ved interview med personer der har været på et revacenter. De tre dele i undersøgelsen giver oplysninger om forskellige aspekter belyser aspekterne fra forskellig vinkel. Litteraturgennemgangen indsamler eksisterende viden om faktorer, der har betydning for, om personer, der er sygemeldt eller i øvrigt langvarigt er ude af arbejde, kommer tilbage i arbejde eller pensioneres. Der er imidlertid kun meget begrænset aktuel viden om danske forhold, specielt om danske reva-institutioner. Registerstudiet giver aktuelle oplysninger om forløbene ved en konkret institution, men er begrænset til de oplysninger, der rutinemæssigt registreres. Interview-undersøgelsen har til formål - på pilot-niveau - at sammenholde borgernes oplevelser af forløbene med de registerbaserede forløbsbeskrivelser, og at være med til at opstille hypoteser for hvilke faktorer, der er af betydning for forløbene, mhp. det videre arbejde med kvalitetsforbedring. Tilsammen giver denne kildemæssige triangulering mulighed for indenfor rammerne af et masterprojekt at belyse den opstillede problemformulering.

## 2.1 Litteraturgennemgangen

Ved litteraturgennemgangen er det muligt at få et overblik over den eksisterende viden på feltet. Ved søgning og udvælgelse af litteratur har der været to foci:

- 1) Effekten af revalidering, specielt vedr. forløb på reva-institutioner. Der er her især lagt vægt på danske studier, idet det er vanskeligt at overføre resultaterne fra udenlandske undersøgelser til danske forhold.
- 2) Faktorer, der har betydning for, om revalidenden kommer tilbage på arbejdsmarkedet. Der er inddraget studier fra vestlige lande, der beskriver RTW efter længerevarende fravær, hvor

den undersøgte indsats udover eventuel medicinsk behandling indeholder andre væsentlige elementer. Der er primært lagt vægt på studier, der ikke er begrænset til bestemte sygdomme eller hvor det drejer sig om bevægeapparatsygdomme. Bevægeapparatsygdomme er medtaget, idet de rammer alle aldersgrupper, er den hyppigste årsag til langvarigt sygefravær og ofte er den angivne årsag til sygemelding i de tilfælde, hvor sygemeldingen er multifaktorielt betinget. Endvidere er bevægeapparatsygdomme særdeles hyppige i befolkningen (14% af befolkningen 16-64 år angiver langvarig bevægeapparatsygdom(Statens Institut for Folkesundhed 2007 )

## 2.2 registerstudiet

I registerstudiet anvendes de rutinemæssigt registrerede oplysninger om udbetaling af offentlige ydelser, til at beskrive de forsørgelsesmæssige forhold før og efter forløbet på et revacenter. Formålet er at belyse hvilke ændringer, der sker i den sociale (forsørgelsesmæssige) situation, og om baggrundsfaktorer eller forsørgelsesmæssige forhold forud for forløbet har indflydelse på disse ændringer.

## 2.3 Interview

Interview-metoden er anvendt for at inddrage brugernes oplevelser og erfaringer. Der er ikke på forhånd er stor viden om den aktuelle målgruppe, hvorfor det er valgt at lave interviewene semistrukturerede. På baggrund af oplysninger fra registerstudiet er det muligt at udvælge informanterne, så der sikres kontrast i hvad forløbet på revacentret har resulteret i, mens de er homogene i forhold til alder, kommune og etnicitet. Interviewundersøgelsen er et pilotprojekt mhp at vurdere om denne metode giver oplysninger, der kan være med til at sætte focus på relevante problemstillinger i det videre arbejde.

## 3 Litteratur gennemgang

### 3.1 Indledning

Revalideringssystemerne har meget forskellig opbygning i forskellige lande, og revalidering sker i forskellig lovgivningsmæssig kontekst. Når studier fra andre lande anvendes i relation til danske forhold, skal det derfor ske med forsigtighed. Det ville være ideelt, hvis denne gennemgang kunne begrænses til danske studier. Der er imidlertid kun få danske studier på området, hvorfor studier primært fra Sverige, men også fra andre vestlige lande er inddraget. Det antages endvidere (men er aldrig undersøgt) at resultater, der beskriver hvilke faktorer, der har betydning for RTW, i højere grad kan generaliseres, end resultater, der beskriver effekten af revalideringssystemer.

### 3.2 Formål

Formålet med litteratur gennemgangen er at få et overblik over den eksisterende viden dels om en hvilken udstrækning revalidering virker, dels om hvilke faktorer der har betydning for udfaldet af revalidering.

### 3.3 Metode

Der er foretaget søgning i elektroniske databaser mhp. at identificere referencer, der belyser de opstillede spørgsmål.

Da en stor del af rehabiliteringsforskningen publiceres i medicinske tidsskrifter er søgning foretaget i Medline (pubmed) og Cochrane, suppleret med Cinahl(Ebscohost), som dækker yderligere et antal tidsskrifter indenfor rehabilitering. For identificer artikler publiseret i samfundvidenskabelige tidsskrifter er der suppleret med Science Citation Index Expanded (Web of Science), Social Sciences Citation Index (Web of Science) og Social Services Abstracts.(CSA)

For at identificere danske undersøgelser, der publiceret i tidsskrifter som ikke er indekseret i ikke disse databaser er der søgt i: bibliotek.dk og Månedsskrift for Praktisk Lægegerning.

Der er endvidere søgt på følgende hjemmesider: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/>, <http://www.akf.dk/> og <http://www.sfi.dk/>, da disse institutioner er forskningsaktive indenfor arbejdsfastholdelse og revalidering. Endelig er der søgt på <http://www.campbellcollaboration.org/> (C2), som er en relativt nystartet organisation, der

foretager reviews indenfor undervisnings- og socialområdet svarende til Cochrane på det medicinske område.

Efter de indledende søgninger er det valgt at frasortere referencer, der beskriver studier af rehabilitering/revalidering for personer med bestemte diagnoser, fx hjertesygdomme, cancer, skizofreni eller traumatisk hjerneskade. Dette er begrundet i, at revalidering for disse grupper alt overvejende foregår med udgangspunkt i specialiserede behandlings- steder eller rehabiliteringsafdelinger, og derfor kun i begrænset omfang er relevante for den revalidering, som foregår som et bredt samfundsbaseeret tilbud på et revacenter. Studier af interventioner for personer med bevægeapparatslidelser er medtaget, idet en meget stor del af behandlingen af personer med bevægeapparatslidelser foregår udenfor de specialiserede behandlingssteder og revalidering hovedsageligt foregår ved de almene tilbud.

Titlerne er gennemset for alle referencer til danske studier samt alle referencer efter 1999. Denne begrænsning er valgt ud fra en forventning om, at de mest relevante ældre artikler alligevel vil blive identificeret ved kæde-søgning fra de nyere artikler. Datagrundlaget for artikler publiceret i år 2000 er endvidere typisk fra midt 90'erne.

Hvor det ud fra titlen ikke var klart, at referencens emne var irrelevant, er abstract gennemlæst. Referencer udvalgt på baggrund af abstract blev indhentet, enten elektronisk eller gennem Medicinsk Bibliotek; Sydvestjysk Sygehus. Yderligere referencer er identificeret ud fra de indhentede artikler, dels ved gennemgang af referencelister, dels ved søgning på forfatterne til de mest relevante artikler uden begrænsning i forhold til publikationstidspunkt

Søgeprofiler er beskrevet i [Bilag 1](#)

Randomiserede kontrollerede studier (RCT) giver den sikreste evidens, når effekterne af en behandling - herunder også revalidering - ønskes belyst. Imidlertid er revalidering i mange lande knyttet til lovgivning eller aftaler, hvilket gør det vanskeligt at gennemføre randomiserede undersøgelser. Da området endvidere er præget af, at der kun er få kontrollerede undersøgelser, er også forløbsundersøgelser medtaget.

De undersøgelser, der er med i gennemgangen opfylder følgende kriterier:

- indsatsen skal indebære andet end blot medicinsk behandling
- tilbagevenden til arbejde og/eller pensionering skal være blandt de primært studerede udfald.

Der er ikke opstillet konkrete kvalitetskriterier, men undersøgelserne skal have en størrelse og et design, som gør det sandsynligt, at undersøgelsen vil kunne vise eventuelle reelle forskelle imellem grupper, der præsenteres.

I det følgende er de identificerede studier kort beskrevet inddelt efter om det er: reviews, RCT, kontrollerede studier eller forløbs undersøgelser. Alle studier med eget datamateriale er i gennemgangen forsynet med et "kaldenavn", som er anvendt til at identificere studierne i følgende tabellerne i Bilag 2.

[Tabel 1](#) Materiale og dataindsamling er præsenteret.

[Tabel 2](#) Undersøgelsesernes overordnede udfald: hyppighed af RTW og pensionering

[Tabel 3](#) Resultater vedrørende de enkelte prædiktorer for disse udfald.

I tabel 1 og 2 er danske studier listet først og studierne er sorteret efter startår.

### 3.4 Resultater

I alt er der gennemset i størrelsesordenen 2000 referencer. Ca 200 artikler og monografier er fremskaffet. I det følgende vil 3 nyere reviews blive præsenteret, 7 RCT fra 1991 og frem samt et dansk kontrolleret, men ikke randomiseret studie. Herefter præsenteres en række forløbsundersøgelser, hvor mange er svenske, idet der i Sverige er en lang tradition for at forske i rehabilitering og revalidering.

#### *Reviews*

I forbindelse med The six Nation Study (se nedenfor) blev der i 2000 lavet en litteratur gennemgang effekten af om revalidering. Det konkluderes, at bortset fra i USA, (hvor der er en lang tradition for evaluering af sociale indsatser) findes der kun få undersøgelser af effekten af revalidering, og at billedet i de publicerede undersøgelser tyder på, at effekt eller mangel på samme i høj grad afhænger af forskelle de sociale systemer i de respektive lande. (Høgelund 2001)

Et australsk review, der medtager både prospektive og retrospektive studier, identificerer og sammenfatter 75 studier, der beskriver det arbejdsmæssige udfald ved rehabilitering af personer med rygmarvsskade, hjerneskade, kroniske smertetilstande, AMI/by-pass og svær psykisk lidelse. På tværs af diagnoser identificeres følgende faktorer som værende af

betydning for det arbejdsmæssige udfald: sygdommens sværhedsgrad, alder, uddannelsesbaggrund, etnicitet, verserende erstatningssager, tidligere beskæftigelsesmæssige status samt psykologiske og sociale faktorer.(Crisp 2005)

August 2006 publicerede the Social Welfare Group under The Campbell Collaboration (C2) et systematisk review af randomiserede kontrollerede studier af interventioner, der sigter mod at bringe personer på offentlige ydelser tilbage på arbejde.(Smedslund, Hagen, et al. 2006) I alt 46 studier med tilsammen 245000 deltagere opfylder de opstillede kriterier. 44 studier er amerikanske, 2 canadiske. Næsten 90% af deltagerne var kvinder. Samlet findes en konsistent, men lille effekt af programmerne: Ved et års opfølgning er 9,7% flere i arbejde i interventionsgrupperne, ved 5 års opfølgning er forskellen reduceret til 3,7%. Indholdet af programmerne er kun ringe omfang beskrevet i review'et, men programmer, hvor interventionen primært er arbejdsprøvningsaktiviteter har lidt højere effekt end programmer, som primært indeholder undervisningsaktivitet. Effekten er ca 5% højere ved frivillige end ved tvungne programmer. Kun få af studierne er publiceret i tidsskrifter.

#### *Randomiserede kontrollerede studier*

Sherbrooke 91-93: Denne undersøgelse betragtes - i hvert fald i arbejdsmedicinske kredse - som et referencepunkt for fremtidige studier af RTW-fremmende indsatser. Undersøgelse er foretaget i Canada og indbefatter ansatte på en række virksomheder i et lokalområde. Efter 4-12-ugers sygefravær pga ryglidelse randomiseres deltagerne enten vanlig praksis eller til et klinisk interventionsprogram, med rygundersøgelse, rygtræning og gradvis genoptagelse af aktiviteter og arbejde. Ansatte ved et tilfældigt udvalg af virksomhederne blev efter yderligere 6 ugers sygemelding tilbudt intervention på virksomheden med ergonomisk instruktion og tilpasning af arbejdspladsen. Ved den fulde indsats var varigheden af sygefravær halveret (Loisel, Abenhaim, et al. 1997).

Bergen 1996. En norsk undersøgelse inkluderede personer med mere end 50% sygefravær de sidste 8 uger eller mere end to måneder er over de sidste to år. Personer der primært var sygemeldt pga. bevægeapparat besvær blev tilbudt at indgå i undersøgelsen. I starten af studiet blev deltagerne udefra besvarelse af et spørgeskema og en standardiseret undersøgelse ved fysioterapeut inddelt i tre grupper afhængig den vurderede risiko for langvarigt sygefravær. Herefter bliver deltagerne randomiseret til tre grupper : 1: vanlig behandling, 2:

begrænset multidisciplinær indsats og 3: intensiv multidisciplinær indsats. I gruppe 1 bliver personen visiteret tilbage til egen læge med mulighed for henvisning til fx fysioterapeut. Gruppe 2 deltog i kort undervisningen om smerte håndtering og blev instrueret individuelt i et træningsprogram. Nogle blev henvist til fysioterapeut, maksimalt 12 behandlinger. Alle blev fulgt et år med mulighed for at drøfte smerte håndtering og i nogle tilfælde blev der foretaget tilpasning af arbejdspladsen. Gruppe 3 deltog i et 4-ugers program med seks timer undervisning per dag i fem dage hver uge. Programmet indeholdt kognitive træning og undervisning, fysiske øvelser samt lejlighedsvis arbejdsplads tilpasning. Øvelserne foregik med individuelt tilrettelagte programmer med en varighed af halvanden til tre en halv time pr. dag.

For de personer der var klassificeret som i lav risiko var der ikke nogen effekt at revalideringstiltagene. For personer med middel risiko for at være lige gode effekt af de to indsatser, mens personer med høj risiko ikke havde effekt af den lette indsats mens den intensiv førte til at 55% mod ellers 37% kom tilbage i arbejde. (Anema, Steenstra, et al. 2007; Haldorsen, Grasdahl, et al. 2002; Skouen, Grasdahl, et al. 2006)

Århus 95-97. I et dansk RCT med ambulante patienter på en reumatologisk afdeling blev interventionsgruppen tilbudt en indsats bestående i socialmedicinsk vurdering og et tværfagligt udarbejdet forslag til revalideringsplan, som blev sendt til hjemkommunen. Efter 12 mdr er der marginalt højere beskæftigelse i interventionsgruppen: 60 mod 56%. Interventionsgruppen har i højere grad en afklaret arbejdsmæssig situation end kontrollerne 72 mod 60%, men dette afspejler især, at der er flere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, der har fået førtidspension: 12 mod 4%. (Eshoj, Tarp, et al. 2001)

Massachusetts 98-99. I et tilsvarende amerikansk RCT med personer med reumatologiske sygdomme vises, at en indsats med to gange 1½ time konsultation hos en "rehabilitation counselor" med rådgivning og tilpasning af arbejdspladsen har en gavnlig effekt på sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet. I interventions gruppen er udstødningen efter 4 år ca. halveret.(Allaire, Li, et al. 2002; Allaire, Li, et al. 2003)

Mainz 99-01 I en tysk undersøgelse ved en klinik for personer med psykosociale problemer findes i et randomiseret kontrolleret design færre sygedage efter indlæggelsen blandt de personer som en har gennemført jobtræning under indlæggelsen. Der er imidlertid 40%



frafald fra interventions gruppen, og den frafaldne gruppe har højere sygefravær end kontrolgruppen. Der er ikke foretaget "intention to treat" analyse.(Beutel, Zwerenz, et al. 2005)

Leiden 99-01. I et hollandsk RCT med 150 reumatologiske patienter findes ingen effekt på beskæftigelsen ved en revalideringsindsats. Indsatsen bestod i en grundig gennemgang af såvel gigtlidelse som arbejdsforhold og på baggrund heraf undervisning i arbejdsprocedurer og rådgivning om mulighederne for at få tilpasset arbejdspladsen. Efter seks måneder er der en større andel tilkendt førtidspension i indsats gruppen. Denne forskel forsvinder efter 18 måneder.(de Buck, le, et al. 2005)

Amsterdam 2000-02. En hollandsk undersøgelse afprøver Sherbrooke metoden under hollandske forhold. 200 personer ansat ved virksomheder der er tilknyttet en række BST'er indgik i undersøgelsen. Personerne indgik efter 2-6 ugers sygemelding på grund af lænderyg besvær. Der bliver randomiseret til forskellige indsatser. Tilpasning af arbejdspladsen viser sig at fremskynde tilbagevenden til arbejde(77 vs 104 dg) . Gradvis tilbagevenden til arbejdet forsinker tilbagevenden(144 vs 111 dg), mens personer, der modtager begge indsatser har en omend ikke signifikant senere raskmelding(143 vs 126). Der var ingen forskel på personernes funktionsniveau eller smerteniveau efter et år(Anema, Steenstra, et al. 2007)

Det er ikke lykkedes at identificere flere randomiserede studier vedrørende en egentlig revaliderings indsats. Der er talrige studier med randomiserede kontrollerede undersøgelser af effekterne af sundhedsfaglig undersøgelse og behandling i forhold til for at forkorte sygefravær og øge RTW.

#### *Kontrollerede, ikke randomiserede studier*

Århus amt 2001-02 I en dansk kontrolleret, men ikke randomiseret, undersøgelse af personer, som har mere end 21dages sygefravær og i spørgeskema angiver at have en stor risiko for langvarigt sygefravær kan ikke påvise nogen effekt af indsatsen. Interventionen bestod i en konsultation med en sociallæge. På baggrund af samtale og undersøgelse blev der dels givet rådgivning om fremtidig arbejdssituation, dels afholdt samtaler med det mål at øge motivation og målsætning i forhold til at komme tilbage i arbejde. (Drews, Nielsen, et al. 2007)

## *Forløbsundersøgelser*

### Danske

Anders Foldspang har beskrevet forløbene ved reva institutionerne i Århus 1970-72 samt 75-79 og København 1979-80 i en række undersøgelser. Det samlede materiale er på 2165 personer heraf 888 (38%) kvinder. Formålet med undersøgelsen har primært været at vise, hvilke faktorer der havde betydning for den rådgivning der er givet ved afslutning af forløbet, men der blev også med spørgeskema lavet opfølgning fra halvt til fem år efter afslutningen på Reva. Der i de forskellige dele af undersøgelsen noget forskelligt andel der kommer tilbage i arbejde: 25-55%. I alle dele undersøgelser gælder, at stigende alder medfører ringere sandsynlighed for at komme i arbejde, samt at højere uddannelses niveau ved start medfører bedre chance for at komme i arbejde. Psykiske sygdom har nogen betydning i alle delundersøgelser, mens ryglidelser har en mere vekslende betydning for udfaldet. (Foldspang & al 1981a, Foldspang & al 1981b, Foldspang 1982)

Århus amt 1996-98 I en undersøgelse af de personer, der i perioden kom på en af amtets revacentre havde 50% fået tildelt førtidspension 8% var på revalideringsydelse mens kun 13% var i arbejde, heraf halvdelen på fleksjob ved opfølgning efter 6-10 mdr. Der er ikke gjort rede for en risikofaktorer ved starten af forløbet for pension eller manglende afklaring (Kvamm & Nielsen 2003 )

Ringkøbing amt 2000-03: I undersøgelse af de første årgange på et nystartet revacenter var det en betingelse for optagelse på centret, at det ved et formøde med socialrådgiver og læge blev vurderet, at der var gode chancer for, at borgeren kunne komme tilbage på arbejdsmarkedet. På trods af dette var kun 20% i beskæftigelse eller under revalidering ved follow up efter 9 mdr, mens ca 1/3 forsat var sygemeldt eller på kontanthjælp og 48% havde fået tilkendt førtidspension. Faktorer, der i denne undersøgelse havde væsentlig betydning for, om personen får tilkendt førtidspension er selvoplevet helbred, stigende alder samt forventningen om at få pension. Det er også undersøgt om forholdet til den praktiserende læge var af betydning for den rådgivning, der blev givet ved afslutningen af forløbet. Det findes, at skift af læge og dårlig kontakt til lægen i perioden inden og under forløbet medfører

en betydelig øget risiko for, at anbefalingen var, at personen ikke skulle fortsætte i revalidering eller på arbejdsmarkedet. Det er ikke publiceret om disse forhold også havde betydning for det endelige udfald (Andersen & Rasmussen 2006; Rasmussen & Andersen 2005).

## Internationalt

Der er i Sverige en lang tradition for forskning i revalidering. Hovedparten af studierne er forløbsstudier uden kontrolgruppe.

Umeå 84. Undersøgelse, som i en fem måneders periode inkluderede personer, der henvendte sig til rehabiliteringscenter. 85% deltog i undersøgelsen. Ved opfølgning med telefoninterview efter to år er 60% i arbejde. Personer, hvor hjælpemidler eller tilpasning på arbejdspladsen var en del af indsatsen, havde en væsentligt større chance for at være arbejde.(Eklund & Fugl-Meyer; 1991)

Vestsverige 91-94 Et svensk registerstudie vurderer effekten af revalidering dels på raskmelding, dels på RTW. Datagrundlaget er en del af det stikprøvemateriale, der rutinemæssigt indsamles til Försäkringskassan vedr. sygemeldinger og revalidering. Oplysninger om køn, alder, indkomst, ægteskabelig status, erhverv (5 grupper) diagnose (7 grupper) tidligere sygemelding, tidligere revalidering, län og kommune størrelse indgår i en multivariat analyse(binomial probit). Ved at lade alle disse faktorer indgå i analysen kan effekten af indsatsen vurderes ved "skyggekontroller" som beskrevet af Vedung.(Vedung E. 1998) I alt indgår ca 8800 sager, hvoraf ca. 20% deltager i et revalideringsprogram. Korrigeret for øvrige faktorer findes, at deltagere har 12% større chance for raskmelding og 18% større chance for at genoptage arbejdet. I analysen har følgende andre faktorer betydning for RTW, +/- angiver retning: svensk etnicitet +, højere alder -, alkoholmisbrug -, luftvejs sgd. -, bevægeapparat sgd -, ulykker + (referencegruppen er psykiske lidelser) Hallands län+ (øvrige län i undersøgelsen havde negative koefficeiter) og tidligere revalidering -. Størrelsesordenen kan ikke ses i præsentationen. (Heshmati & Engstrom 2001)

Jämtland 92-94. Opfølgingsundersøgelse af personer med mere end 90 dages sygefravær, som deltog i rehabilitering. Et af målene med undersøgelsen var at analysere, om længden af sygefravær inden revalideringen startede havde betydning for resultatet. Marnetoft finder med en opfølgningstid på 24 mdr at ventetiden har en negativ betydning(Marnetoft, Selander, et al. 2001), mens Selander i sin afhandling ikke finder, at der er effekt efter 36 mdr (Selander 1999) . Dette får Marnetoft til at lave en undersøgelse med 4 års opfølgning, hvor ventetiden til revalidering har betydning, men kun for kvinder, hvor hver måneds forsinkelse medfører et næsten 5% fald i tilbagevenden til ustøttet arbejde(Marnetoft & Selander 2002) Arbejdstræning på den tidligere arbejdsplads (arbejdsprøvning ) medfører næsten fem gange større chance for fuld rask melding mens arbejdsprøvning på tidligere arbejdsplads eller en ny arbejdsplads medfører en faktor 7-8 forbedring af chancen for at komme på delvis rask melding(Marnetoft & Selander 2002a ; Marnetoft & Selander 2002b;Marnetoft, Selander, et al. 1999)

Stockholm 92-94. En doktordisputats fra Carolinska Institutet i Stockholm 1999 består dels af en litteratur gennemgang frem til 1997 dels af fem undersøgelser af lang tids sygemeldt i Stockholms området. Der indgår i alt mere end 3000 personer, der har været sygemeldt i mere end tre eller seks måneder. Hovedsigtet er at undersøge, om der er forskel på hvordan arbejdsløse og personer i arbejde kommer i rehabilitering og om der er forskel på udfald af forløbet. Hovedresultaterne er, at personer på arbejdsløshedsunderstøttelse skulle vente væsentligt længere før rehabilitering, de havde i gennemsnit flere sygedage efter rehabilitering og kom væsentligt oftere på førtidspension. Mænd og kvinder i arbejde samt arbejdsløse mænd havde færre sygedage efter revalidering end før, mens der ikke var ændring for arbejdsløse kvinder.(Selander 1999).

The Six-country study 95-96. I midten af 1990'erne blev der lavet et koordineret studie med deltagelse af USA, Tyskland Danmark Sverige Israel og Holland. Formålet var at belyse forskelle i, hvor høj grad sygemeldte kom tilbage i arbejde. Det blev valgt at fokusere på sygemeldinger for lænderyglidelse. Hvert land skulle samle oplysninger på min. 300 personer i perioden maj 95 til september 96. Arbejdsstatus blev fulgt to år efter. Der findes ikke effekt af forskellige medicinske indsatser, mens der er en højere tilbagevenden til at arbejde når der laves tilpasningen af arbejdspladsen (Bloch & Prins 2001).

Stockholm 2000. En undersøgelse fra rehabiliteringsklinikken ved Karolinska Hospital finder at der ikke er forskel på resultaterne mellem svenskere og indvandrere. På trods af at flere indvandrere end svensker ved starten af revalideringsprogrammet vurderede det vil blive meget svært at vende tilbage til arbejdet er det efter tre år den samme andel der er i arbejde ca 50%. Sygefraværet inden revalidering var i gennemsnit 22 måneder i begge grupper (Norrefalk, Ekholm, et al. 2006).

### 3.5 Diskussion

#### *Effekt af revalidering*

De foreliggende undersøgelser giver ikke overraskende et meget divergerende billede af effekten af revalidering. Indsatserne er meget forskellige, men foregår også i forskellig kontekst. Når fx Sherbrooke studiet, hvordan kombinerede indsatsen i Canada halverede sygefraværets længde, bliver gentaget i Amsterdam, kan der ikke påvises nogen effekt af samme indsats.. Det gennemgående billede er dog, at multidisciplinære indsatser og mere omfattende indsatser oftere har effekt. En undtagelse fra dette er Allaires studie fra Massachusetts, hvor en begrænset indsats fra en vocational rehabilitation counselor medfører væsentlig reduktion i fremtidigt sygefravær. Med samme personkreds (ambulante reumatologiske patienter) opnås ingen effekt af en efter beskrivelsen nok mere omfattende socialmedicinsk indsats i hhv Leiden i Holland og i Århus.

Smedlund (Smedslund, Hagen, et al. 2006) finder i deres systematiske gennemgang af randomiserede studier, at revalideringstiltag har en ca 10% effekt på sygefraværet. Det er imidlertid udelukkende baseret på amerikanske og canadiske studier, som man jvnf ovenstående skal være forsigtig med at overføre til europæiske forhold.

Den effekt Heshmati (Heshmati & Engstrom 2001) ud fra registeroplysninger beregner for svensk revalidering er imidlertid samme størrelsesorden.

Der er ikke fundet undersøgelser, der viser effekten af revalideringsindsatsen, der foregår på revacentrene. Der er i 70'erne og igen omkring omkring år 2000 lavet enkelte forløbsundersøgelser, der har registreret andelen, der kommer i arbejde. Andelen, der kom i arbejde/revalidering var i 70'erne 22-44 % for kvinder og 33-50% for mænd. På daværende tidspunkt var der en større andel mænd på revacentrene. I de to nye undersøgelser er det 20%,

der kommer i arbejde/revalidering. Nu er omkring 80% af deltagerne er kvinder. Da det i begge perioder er undersøgelser uden kontrolgruppe er det ikke muligt at vurdere, om disse tal er udtryk for, at revacentrene modtager et tungere klientel, er blevet dårligere til at revalidere, eller om det er blevet vanskeligere at komme i arbejde efter sygemelding. Six-nation-studiet(Bloch & Prins 2001) tyder på, at det er svært at komme tilbage i arbejde. Danmark er på linie med Tyskland de lande, hvor klart færrest er i arbejde efter 2 år ~40 %, mens de øvrige lande er over 60%.

### *Faktorer af betydning for RTW*

Nogle faktorer er stabilt over tid og sted associeret med forsinket genoptagelse af arbejdet: Langvarigt sygefravær, høj alder, lavt uddannelsesniveaue og ventetid på indsats. En del, men ikke alle, undersøgelser finder, at kvinder har senere RTW end mænd, mens der ikke er nogen undersøgelser, der viser det modsatte.

Etnicitet: Nogle undersøgelser findes, at anden etnisk baggrund er indikator for forsinket RTW. I Stockholm 2000 undersøgelsen(Norrefalk, Ekholm, et al. 2006), som har dette som hovedfokus, er der ingen forskel. I C2-reviewet er det faktisk sådan, at ikke anglo-amerikanere i de indgående RCT har større effekt af rehabiliterings-indsatsen end anglo-amerikanere. Dette kan imidlertid være betinget af, anglo-amerikanerne har lettere ved at komme tilbage i arbejde uden rehabiliteringshjælp, og derfor har mindre effekt af rehabiliteringen.

Selvurderet helbred:Mange undersøgelser har vist, at selvrurderet helbred er en prædiktor for tidlig død(Idler & Benyamini 1997). I Ringkøbing undersøgelsen er det en af de faktorer, der har betydning for risikoen for førtidspension. Dette er tidligere fundet i en svensk befolkningsundersøgelse med 11 års opfølgning(Mansson & Rastam 2001)

### Arbejdspladsintervention

En række af de udenlandske studier peger på, at tilpasning af arbejdspladsen er en væsentlig faktor for genoptagelse af arbejde. Der er i LAB-loven mulighed for at kommunen yder støtte til hjælpemidler eller til særlige indretning af arbejdspladsen. De foreliggende undersøgelser tyder imidlertid ikke på, at denne mulighed benyttes særlig ofte. I de tre aktuelle undersøgelser af revalidering i Danmark beskrives det ikke, at muligheden anvendes. (Mik-Meyer & Sørensen 2000; Sørensen, Mik-Meyer, et al. 2000; Filges 2001;Harslof I. 2000 ; Harslof I., Moller, et al. 2002; Filges, Harslof I., et al. 2002 ). I et arbejdsfastholdelses projekt

i Vejen og Brørup kommuner blev denne mulighed anvendt, men pga. dårligt data grundlag var det ikke været muligt at beskrive effekten af dette eller de øvrige tiltag i undersøgelsen. (Jepsen & Eshoj 1993) Forskelle i arbejdsmarkedslovgivning kan være en del af forklaringen på, at dette ikke anvendes i samme udstrækning i Danmark, idet Danmark er et af de lande i Vesteuropa, hvor arbejdsgiveren har færrest pligter i forhold til sygemeldte, og hvor det er lettest at afskedige sygemeldte.

### 3.6 Konklusion

Internationale studier tyder på, at revalidering har en effekt på RTW i størrelsesordenen 10%. Interventioner, der er arbejdspladsrettede, dvs tilpasning af arbejdspladsen og arbejdsprøvning, synes at have større effekt.

Rådgivning alene har tvivlsom effekt.

Faktorer, der har betydning for RTW i forbindelse: Alder, periode ude af arbejde, kort uddannelse, ventetid på revalidering.

Faktorer, der har betydning i nogle, men ikke alle studier: Køn, etnicitet.

## 4.0 Registerstudiet

### 4.1 Indledning

Der er flere fordele ved at anvende registerdata:

- det er muligt at indsamle et stort datamateriale med en forholdsvis begrænset indsats.
- data er indsamlet uden hensyntagen til, at data skal bruges i en given undersøgelse. Dette reducerer risikoen for bias. Selektionsbias vil ikke forekomme da dataindsamlingen foregår uafhængigt af de personer, der indgår i undersøgelsen.

Helbredsmæssige oplysninger vil ikke indgå i analyserne. Helbredsmæssige begrænsninger i arbejdsevnen er hos en stor del den væsentligste årsag til, at borgeren visiteres til et revacenter. En stor del af personerne har endvidere flere helbredsproblemer.

Hvis helbredsforhold skal indgå i analyserne stiller det derfor store krav til detaljeringsgraden af oplysningerne, både hvad angår diagnose og sværhedsgrad af sygdommene.

Helbredsoplysninger på deltagerne ikke er registreret systematisk og de eksisterende oplysninger er kun tilgængelige i papirjournalerne på det pågældende revacenter. Det ville derfor være særdeles ressourcekrævende at indsamle dem, og det er ikke sandsynligt, at det ville være muligt at opnå en detaljeringsgrad og standardisering, der muliggør analyse.

*Dream-Databasen:* I 2002 samlede to medarbejdere i Arbejdsmarkedsstyrelsen data fra en række offentlige databaser i DREAM-databasen (Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget). Det var primært meningen, at det skulle være til et konkret projekt, men da databasen har vist sig brugbar både til monitorering og forskning er det besluttet, at den fortsættes. Databasen vedligeholdes fortsat af Arbejdsmarkedsstyrelsen. Oplysninger om samtlige offentlige forsørgelsesydelse samles på ugebasis i denne database, således at der for hver uge siden medio 1991 er oplysninger om, hvorvidt der til en person (cpr-nr) er udbetalt forsørgelsesydelse. I Dream databasen er der for hver uge registreret én og kun en ydelseskode. Hvis der samme uge er udbetalt forskellige ydelser registreres den, der er "vigtigst" ud fra et hieraki som beskrevet i [Bilag 5](#). Datakilderne er beskrevet i samme bilag.

Der er ikke gjort forsøg på at undersøge, hvor korrekte data i Dream registret er. Ved forespørgsel til Arbejdsmarkedsstyrelsen oplyses, at disse data repræsenterer den officielle sandhed. De registrerede data har betydning afregning til kommuner og a-kasser og er derfor underlagt revisions kontrol. Der er derfor stor sandsynlighed for at hovedparten af data er



korrekte. Der vil naturligvis kunne være fejl i data, men det er ikke sandsynligt, at fejlene har en bestemt retning.

*Revacenter Esbjerg:* Af praktiske hensyn er det valgt kun at lade Revacentret Esbjerg indgå i undersøgelsen. Indtil 1. januar 2007 var Reva Esbjerg Ribe Amts revalideringsinstitution. Reva Esbjerg bestod af hovedafdelingen i Esbjerg og satellit-afdelinger i Brørup (Jobkursen Øst) og Varde (Jobkursen Nord). Hovedparten af kommunerne i Ribe amt benyttede Revacenter Esbjerg. Pr 1. januar har Esbjerg kommune overtaget afdelingen i Esbjerg samt afdelingen i Brørup. Afdelingen i Varde er overtaget af Varde kommune. Oplysninger om, hvem der havde været på Jobkursen Nord før 1. jan 07 er fortsat registreret på Revacenter Esbjerg, hvorfor de indgår i undersøgelsen.

Ved afdelingen i Esbjerg er der to principielt forskellige typer forløb:

*Reva-hold*, som kommunerne visiterer til. Sammensætning og varighed af disse er vekslet over tid. Fælles er en introduktionsperiode med samtaler med sagsbehandler, undervisning, lægesamtale mv, hvorefter det videre forløb (herunder eventuel arbejdsprøvning) fastlægges i ved et møde med den kommunale sagsbehandler. Der blev tidligere arbejdet med at sammensætte hold, der var homogene i forhold til, hvilke problemer personerne havde, fx tidligere stofmisbrugere, personer med indvandrerbaggrund mm. Ofte var der kun et eller to hold af samme type. Denne opdeling medførte imidlertid, at der ofte var lang ventetid fra henvisning til start på Reva. Pr. 1. januar 2005 ændredes dette, så alle kom på de såkaldte "Erhvervsrettede forløb". Disse hold starter hver 14 dag, og det er hensigten at dimensionere holdene, så ventetid udover de 14 dage undgås. De erhvervsrettede forløb består fast af et 13 ugers forløb og herefter i mange tilfælde en længere periode med praktik enten på Revas egne værksteder eller placeret ud på en virksomhed i området. 13 ugers forløbene starter med individuelle samtaler med socialrådgiver, lægesamtale, gruppesamtaler og undervisning om arbejdsmarkedsforhold, lovgivning og sundhedsfremme mm. samt. Den øvrige del af perioden foregår der primært arbejdsprøvning ved de forskellige værksteder, køkken eller administration. Ved slutningen af denne periode bliver der lavet en plan for det videre forløb - er det muligt efter 13 uger at foretage vurdering til kommunen, eller der er behov for en længerevarende arbejdsprøvning, som kan foregå eksternt eller på Revas værksteder. Valget af arbejdsprøvning afhænger dels af, hvilke begrænsning i arbejdsevnen personen har, dels i hvilken udstrækning, der er behov for tæt opfølgning, herunder hvordan personen klarer at arbejde. Der kan i hele forløbet efter behov aftales samtaler med psykolog eller diætist, og der

er tilknyttet fysioterapeut som kan foretage undersøgelse og vurdering og give rådgivning, også i øvelser mm. Hverken disse fagpersoner eller lægekonsulenten foretager dog egentlig behandling.

*AF-hold* efter henvisning fra Arbejdsformidlingen. I perioden 2000 til maj 2003 drev Revacenter esbjerg Projekt Energi: Kursus forløb for personer, der var på dagpenge, men havde haft lang ledighed eller problemer udover ledighed. Kurserne blev afholdt i lokaler i Esbjerg midtby, dvs på en anden lokalitet end Revacenter Esbjerg, men varetaget af Revas personale. Kurserne var af otte ugers varighed. Der var kun begrænset opfølgning efter kursusperioden. Der var lægekonsulent tilknyttet, men ikke adgang til Revacenter Esbjergs øvrige faciliteter. AF sendte herefter opgaven i udbud. Revacenter Esbjerg bød og fik opgaven, så der fra sommeren 2003 har været AF-hold på selve Revacenter Esbjerg, med de samme muligheder for at benytte Revas faciliteter som reva-holdene. Umiddelbart efter henvisningen til disse AF-hold indkaldes personen til det såkaldte kontaktføreløb, dvs løbende samtaler med en sagsbehandler, som personen tilknyttes i hele sit forløb på Reva. Med 6 ugers interval starter hold med vejledningsforløb af 6 ugers varighed. I løbet af denne periode er der dels undervisningen dels individuelle samtaler mhp. at bedre kursistens muligheder for målrettet jobsøgning. I vejledningsforløbet er der samtale med lægekonsulent om hvorvidt helbredsmæssige forhold medfører begrænsninger i erhvervsvalget. Efter vejledningsforløbet overgår personen igen til kontaktføreløb med regelmæssige samtaler med sagsbehandleren. Det samlede forløb varer indtil 12-måneder. I denne periode varetager Revacenter Esbjerg Arbejdsformidlingens opfølgning forpligtelse.

Forløbene på afdelingerne i Brørup og Varde er identiske. Borgerne henvises fra kommunen. Der startes med en fjorten dages visitations periode. Herefter placeres borgeren enten i en praktik på en virksomhed i området, praktik på værkstedet på Reva eller ved et kursus forløb. Sædvanligvis er kursusforløbene af 8-ugers varighed, hvorefter der laves en plan for det videre forløb. Varigheden af arbejdsprøvning aftales konkret i de enkelte tilfælde. I analyserne bruges betegnelsen reva-hold for samtlige forløb efter kommunal henvisning. Fælles for alle forløb er, at der ved afmeldingen fra Reva laves en samlet tilbagemelding - "udtalelse"- til den henvisende instans.

Der er i litteratur gennemgangen har peget på en række faktorer, som være af betydning for RTW: køn, alder, etnicitet og arbejdsmarkedstilknytning. Disse oplysninger er tilgængelige i Dream data-basen og vil indgå i analyserne. Endvidere er kommunestørrelse taget med i

analyserne, da der, ikke mindst i forbindelse med kommunalreformen har været diskussion af, om de små kommuner er (var) i stand til at løse opgaverne på et tilstrækkeligt højt niveau, eller om de netop i kraft af nærhedsprincippet kunne løse opgaverne bedre end de store.

## 4.2 Formål

Formålet med registerundersøgelsen er at

- vurdere hvorvidt det at komme på et revacenter medfører afklaring af arbejds- og forsørgelsessituationen
- undersøge hvilke faktorer der er relateret til graden afklaring
- afprøve brugen af Dream-databasen til beskrivelse af, om der sker afklaring ved forløb på et revacenter.

## 4.3 Metode

Revacenter Esbjerg har leveret oplysninger om samtlige personer, der har påbegyndt et forløb 01.07.2001-30.06.2006. Der er modtaget oplysninger om 2571 personer. For hver person er oplyst startdato og i de fleste tilfælde slutdato for de forløb de har haft på Reva. 36 personer indgår ikke i undersøgelsen, da de var på Reva i beskyttet arbejde, uddannelse eller havde startdato=slutdato, dvs ikke var påbegyndt. Alle personer, der startede på Reva, indgår i analyserne, uafhængigt af om de har gennemført forløbet.

2108 personer har haft ét forløb, de øvrige har haft op til fire forløb. Det seneste forløb indgår i analysen.

Ud fra disse cpr-nr er hentet udtræk fra DREAM databasen i Arbejdsmarkedsstyrelsen. Dream anvender i alt 104 ydelseskoder, hvoraf enkelte ikke forekommer i dette materiale. For hver borger dannes ud fra disse data en profil for modtagne offentlige ydelser før og minimum 6 mdr efter starten på Reva.

For at kunne belyse ændringer i den forsørgelsesmæssige situation på gruppeniveau er ydelserne inddelt i niveauer, som beskriver i hvor høj grad den forsørgelsesmæssige situation er afklaret.

Dette er sket med en skala af niveau koder 0-5, hvor 0 anvendes når personen er tilkendt førtidspension, er godkendt til fleksjob, er i uddannelse på ordinære vilkår (SU, SVU,

voksenlærling) eller er uden ydelse. 5 angiver ydelser uden aktivering, idet ledighed uden andre problemer dog er placeret på niveau kode 1. Kodeinddelingen har således samme retning som Match kodningen, dvs 5 er fjernt fra arbejdsmarkedet og 1 er tæt på, uden at det er muligt sammenholde værdierne direkte.

Inddelingen er foretaget, så skift af ydelse på et niveau til ydelse på et lavere niveau tyder på, at personen sandsynligvis er nærmere arbejdsmarkedet, evt. på særlige vilkår.

Niveau-inddelingen er sket i dialog med tre socialrådgivere ved hhv. Sygedagpenge afd. Esbjerg Kommune, Reva Esbjerg og Arbejdsmedicinsk afdeling; Sydvestjysk Sygehus. Denne variabel betegnes herefter NK (Niveau Kode) og beregnede variable, der angiver ændring i NK betegnes  $\Delta NK$ . Det er ved læsning af resultaterne væsentligt at være opmærksom på, at en negativ  $\Delta NK$  udtrykker, at personen kommer nærmere afklaring.

En svaghed ved Dream databasen er de uger, hvor en person ikke modtager nogen ydelse.

Dette kan betyde, at personen er uden forsørgelse og uden nogen former for aktivering eller at personen er i arbejde. I nogle registerundersøgelser antages det, at personer uden ydelse er i arbejde. Mange af de personer der visiteres til Reva, har imidlertid kun en begrænset arbejdsmarkedstilknnytning. Der er derfor sandsynligt, at en del af de perioder hvor der ikke er registreret ydelse dækker over, at personen er uden forsørgelse.

Dette er delvist kompenseret dels ud fra ydelsesforløbene og dels ud fra oplysninger om seneste arbejdsløshedsdagpenge indplacering, som er kendt for 1405 personer og ud fra oplysning om match-kodning, som er kendt for 1182. Det samlede materiale er på 1.990.000 uger. Ca 890.000 uger er uden ydelse. Af disse kan der med god sandsynlighed gøres rede for godt 800.000 uger, således at der resterer ca 4% af ugerne.

For detaljer vedrørende omkodning af Dream koderne, se [Bilag 6](#)

For at kunne beskrive, hvilken type ydelser personerne modtager på et givet tidspunkt, er der foretaget en opdeling i nedenstående ydelsesgrupper. I enkelte analyser er de yderligere opdelt i afklaret vs uafklaret. Afklaret ydelse er en ydelse, som er varig eller må forventes at lede til varigdforsørgelse, fx uddannelse. Årsagen til at orlov er kategoriseret som uafklaret er, at langt hovedparten af personerne i denne undersøgelse er i en uafklaret social situation. Når de søger orlov fra denne situation udsættes afklaringen.

Ydelsesgruppe	Afklaret	Uafklaret	
formodet i arbejde	x		Ingen ydelseskode -sandsynligt, at personen er i arbejde
Flex	x		I flexjob eller på ledighedsydelse, dvs godkendt til flex
forrevalidering/revalidering	x		
puljejob atb mm	x		
pension efterløn mm	x		
Uddannelse	x		ordinær uddannelse uanset om det er på SU, SVU eller kontanthjælp
udrejst/død	x		
usikker forsørgelse		x	Ingen ydelseskode - ikke sandsynligt, at personen er i arbejde
ledighed		x	ledig - helt eller delvis
kontanthjælp		x	uden aktivering eller i særligt tilrettelagteprojekter/uddannelse
praktik/løntilskud		x	kommunalt såvel som AF
orlov		x	barsels-, forældre- eller plejeorlov
sygedagpenge/barsel		x	

Tidsangivelser er relativ til starttidspunkt på Reva. For de personer, der deltager i AF-hold er tidspunkt 0 den uge, hvor vejledningsforløbet starter. De kan derfor have været i kontakt med Reva i en kortere periode forinden.

Alder på starttidspunktet er beregnet ud fra CPR-nummer. I analyserne er der opdelt i 10-års aldersgruppe, hhv dikotomiseret ved 42 år, hvilket er den mediane alder i materialet.

Etnicitet er på baggrund af oplysninger i DREAM-databasen opdelt i dansk/vestlig (betegnet dansk) vs. ikke vestlig

Kommune: I DREAM oplyses bopælskommune ultimo det enkelte år. Bopæls kommunen ultimo året for starttidspunktet er anvendt som kommune med mindre personen på dette tidspunkt er bosiddende udenfor området. I disse tilfælde er bopælskommune ultimo året før anvendt. Kommunerne er i beregningerne inddelt efter størrelse (før kommunalreformen): >10.000, 10-50.000 og >50.000 indbyggere.

Kun Esbjerg kommune havde over 50.000 indbyggere, 10-50.000: Varde, Grindsted, Vejen, Bramming og Ribe kommuner.

Forløbstype: Der er overordnet to vidt forskellige forløbstyper: Revahold og AF-hold. De er analyseret hver for sig. Revahold er analyseret dels Esbjerg vs Øst/Nord, dels for og efter 01012005, hvor der blev lavet ændring på Reva Esbjerg.

Til analyse af betydningen af de arbejdsmæssige/forsørgelsesmæssige forhold forud for forløbet på Reva er følgende variable beregnet:

Andel uger hvor personen har fået udbetalt kontanthjælp 2½, 5 og 10 år inden start på Reva. Samtlige uger, hvor der er udbetalt kontanthjælp er medtaget, uafhængigt af, om der har været tale om aktivering eller ej.

I den multivariate analyse er disse variable dikotomiseret ved 75 percentilen indenfor hhv revahold og AF-hold. Der således dannet en risiko-markør, der repræsenterer de 25% med mest tid på kontanthjælp.

Andel uger hvor personen har været i udstøttet arbejde 2½, 5 og 10 år inden start på Reva. Hvis personen registreret ledig > 50 % af ugen er ugen vægtet som 0,3 uge udstøttet arbejde, hvis ledig < 50 % er ugen vægtet som 0,7 uge udstøttet arbejde.

I den multivariate analyse er disse variable dikotomiseret ved 25 percentilen indenfor hhv revahold og AF-hold. Der således dannet en risiko-markør, der repræsenterer de 25% med mindst arbejdsmarkedstilknnytning.

Samtlige beregningerne er foretaget særskilt for personer henvist fra AF og fra kommuner, da både udgangspunkt og opfølgning er meget forskellig for de to grupper. Personer henvist fra AF har eller har haft en arbejdsmarkedstilknnytning, omend den kan have bestået af aktiveringstilbud, mens en væsentlig del af de henviste fra kommunerne enten er langtidssygemeldte eller kontanthjælpsmodtagere. Til gengæld har de en etableret kontakt til det kommunale system med de muligheder for støtte, der er i det.

Da tilkendelse af førtidspension kan betyde et stort skift i NK (fra kontanthjælp uden aktivering NK = 5 til FP NK = 0) vil de personer der tilkendes pension kunne påvirke resultaterne forholdvis meget. Det er endvidere af interesse at se, om førtidspensionering er det eneste resultat, eller om der også er personer, der kommer nærmere arbejdsmarkedet. Følgelig er analyserne gennemført både med hele materialet og med de, der ikke er får førtidspension i opfølgningsperioden.

Ændring i niveau før og efter Revaforløbet er beskrevet ved plotning af det gennemsnitlige niveau månedsvi fra 3 år før til 3 år efter start på Reva.

I analyserne af hvilke faktorer (uafhængige variable), der har betydning for ændringen er følgende variable anvendt som udfald: Ændring i NK fra 6 mdr før start på Reva til 6, 12 og 18 mdr efter startdatoen. 6 mdr før start på Reva er valgt for at sikre, at den situation personen er i, og dermed den ydelse han får på dette tidspunkt, udgør en del af baggrunden for henvisning til Reva og **ikke** er en konsekvens af henvisningen. Hvis en person har en kronisk sygdom, som ind imellem fører til sygemelding, er det tænkeligt, at vedkommende vil være mere tilbøjelig til fortsat sygemelding, når det var aftalt, at personen skulle på Reva. Til brug for logistisk regressions analyse er udfaldsvariablene dikotomiseret således at en ændring på mindst et trin i retning mod nul gives værdien 1, øvrige værdien 0.

Da NK og ændringer i NK angives på ordinale skalaer er der anvendt nonparametriske test: Wilcoxon rang-sum test for parrede data, Mann-Whitney test for uafhængige data, non-parametrisk analyse af trend og Gamma statistik til analyse af associationer.

Samtlige uafhængige variable er først analyseret bivariat overfor udfaldene. Derefter er der foretaget multivariat analyse med logistisk regression. De logistiske regressions-modellers fit af data, dvs i hvor høj grad modellerne er i stand til at forudsige de enkelte udfald af den afhængige variabel på baggrund af de uafhængige variable er testet med Lemeshows goodness-of-fit test (Hosmer & Lemeshow 1989). Ved denne metode testes modellens forudsagte og materialets værdier for den uafhængige variabel med  $\chi^2$ -test. Lemeshov angiver, at p-værdier under 0,2 angiver dårligt fit og at værdier over 0,4 tyder på et godt fit. Primært er alle variable fra de bivariate analyser taget med i modellerne.

$P < 0,05$  er anvendt som signifikansniveau.

Såvel datahåndtering som statistiske analyser er foretaget i Stata Intercooled ver. 9.2 for Windows.

#### 4.4 Resultater:

##### *Baggrundsoplysninger*

Fordeling af køn, alder og etnicitet fremgår af tabel 1. Der er væsentligt flere kvinder, både henvist fra kommunerne og fra AF. Der er ingen aldersforskel mellem kønnene, men personer henvist fra AF var lidt ældre end personer henvis fra kommunerne (43,4 vs 40,9;  $p < 0,0001$ ). Median opfølgningstid i Dream registret efter start på Reva er 158 uger (spændvidde: 34-293 uger) og der er oplysninger minimum 515 uger (knap 10 år) før start. I hele materialet er 9.5% af ikke vestlig herkomst, mens andelen blandt de AF henviste er noget lavere.

Tabel 1 Demografiske data

Henvist fra	Kommuner		AF	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Antal	1.058 (56%)	728 (44%)	498 (66%)	251 (34%)
Alder Middel (Min Max)	41,1 (18-63)	40,7(18-62)	43,0 (21-63)	44,4 (22-61)
Etnicitet: Andel fra 3.lande	11,3%		5,1%	
Tilkendes FP	684 (38,3%)		63 (8,4%)	

Antal personer, der henvises til Revacenter Esbjerg variere noget i undersøgelsesperioden, uden at der er nogen tendens. Tabel 2.

År	Kommuner	AF	Ialt
2001 2. halvår	221	74	295
2002	317	145	462
2003	328	87	415
2004	343	119	462
2005	352	241	593



*Forløb*

[Figur 1](#) viser udviklingen i NK over tid. Det fremgår, at der for personer henvist fra kommuner i gennemsnit er et væsentligt fald i NK, hvorimod der for personer henvist fra AF har tendens till en mindre stigning. Statistisk sammenligning af NK værdierne 26 uger før start med værdierne 26-52 uger efter start bekræfter dette. For AF henviste er der en netop signifikant stigning i NK ( $p=0.035$ ) ved Wilcoxon test, mens der er et højsignifikant fald hos personer henvist fra kommunerne ( $p<0,001$ ). Hvis de personer, der ender med at få førtidspension udelades ([Figur 2.](#)) er forskellen ikke længere signifikant for AF-henviste, mens det ikke ændrer ved billedet for de kommunalt henviste.

Da  $\Delta NK$  er en meget abstrakt størrelse er suppleret med beskrivelse og analyse af ændring i ydelsesgruppe.

Udviklingen i ydelsesgruppe fra ½ år før til 1½ år efter revastart fremgår af [figur 3](#). Ændringerne mellem afklaret og uafklaret er beskrevet i tabel 4.

For de kommunale forløb sker der et signifikant skift i retning mod afklaret forløb, mens der for AF-holdene er en beskeden ændring i samme retning.

Tabel 3 Fordeling på ydelsesgrupper

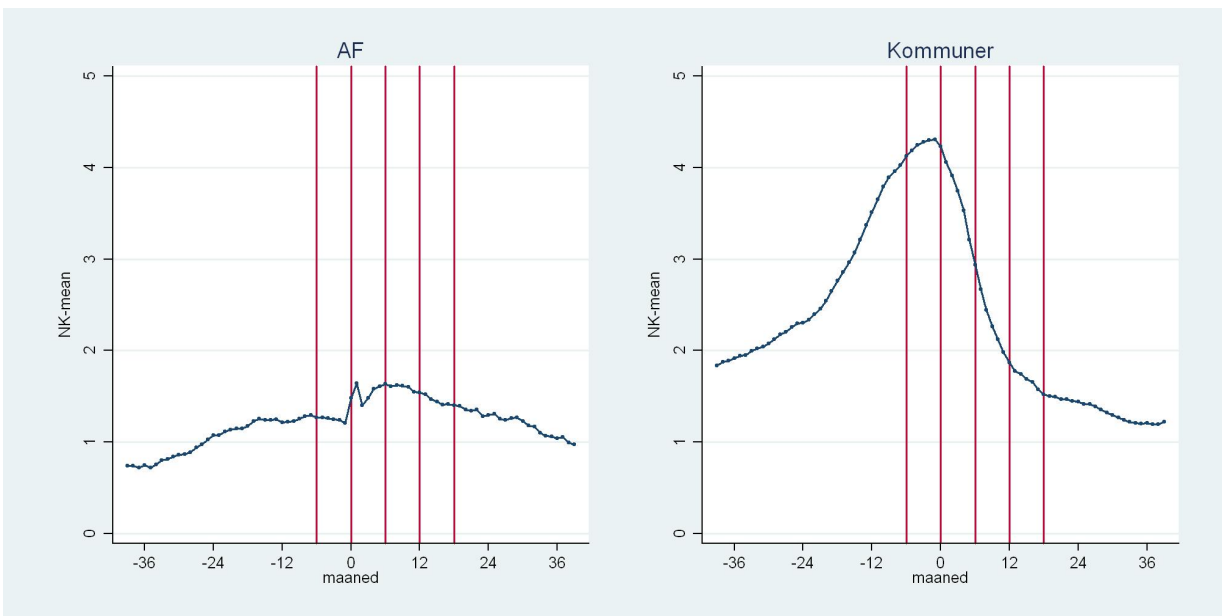
Antal %	Kommune		AF	
	½ år før	1½ år efter	½ år før	1½ år efter
formodet i arbejde	66 3.70	47 3.28	78 11.56	89 15.45
uddannelse	9 0.50	2 0.14	1 0.15	7 1.22
flex	39 2.18	327 22.85	6 0.89	62 10.76
forrevalidering/reval	93 5.21	165 11.53	1 0.15	27 4.69
pension efterløn mm	36 2.02	473 33.05	2 0.30	36 6.25
praktik/løntilskud	38 2.13	20 1.40	73 10.81	30 5.21
orlov	1 0.06	0	5 0.74	1 0.17
ledighed	30 1.68	12 0.84	313 46.37	120 20.83
sygedagpenge/barsel	903 50.56	44 3.07	112 16.59	100 17.36
kontanthjælp	512 28.67	261 18.24	73 10.81	55 9.55
usikker forsørgelse	55 3.08	62 4.33	10 1.48	43 7.47
udrejst/død	1 0.06	18 1.26	1 0.15	5 0.87
under 18 ingen ydelse	3 0.17	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1,786</b>	<b>1,431</b>	<b>675</b>	<b>575</b>

Tabel 4 Skift imellem afklaret og uafklaret ydelsesgruppe

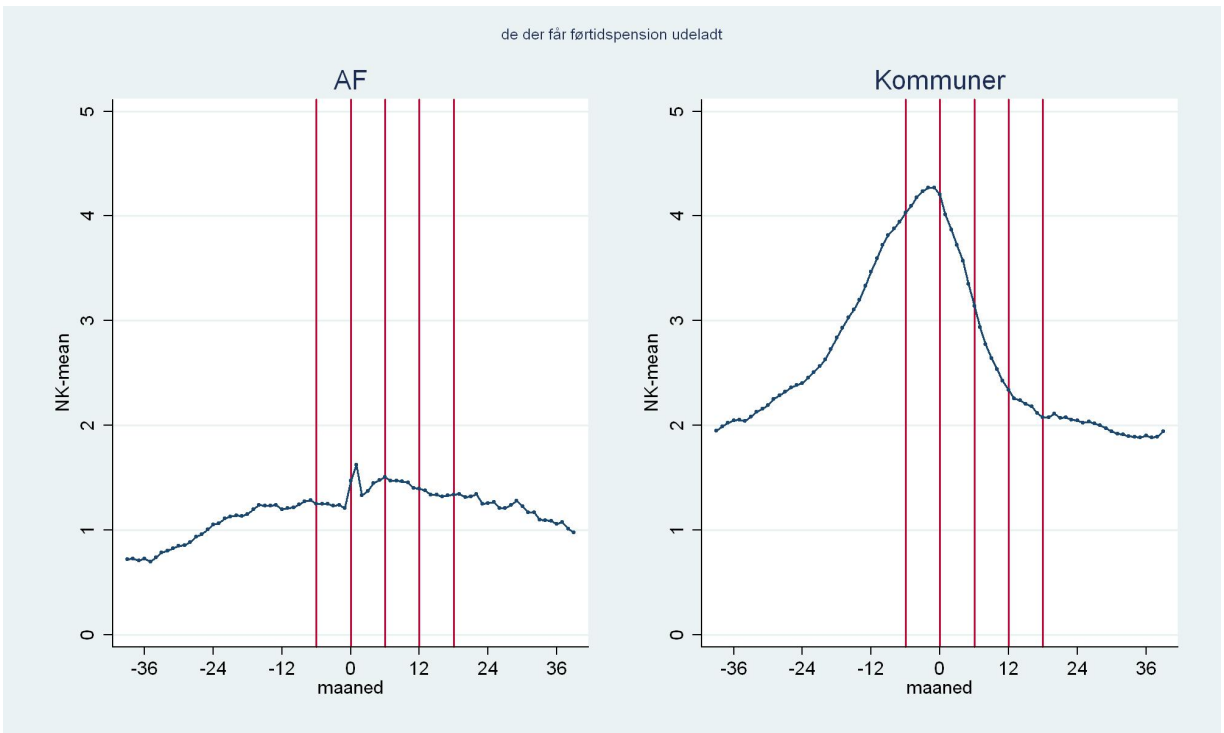
		Kommune			AF		
		1½ år efter		I alt	1½ år efter		I alt
½ år før		Uafklaret	Afklaret		Uafklaret	Afklaret	
Uafklaret		386	849	1235	317	194	511
Afkåret		31	165	196	49	34	83
I alt		417	1014	1431	366	228	594

Fisher exact  $p < 0,000$

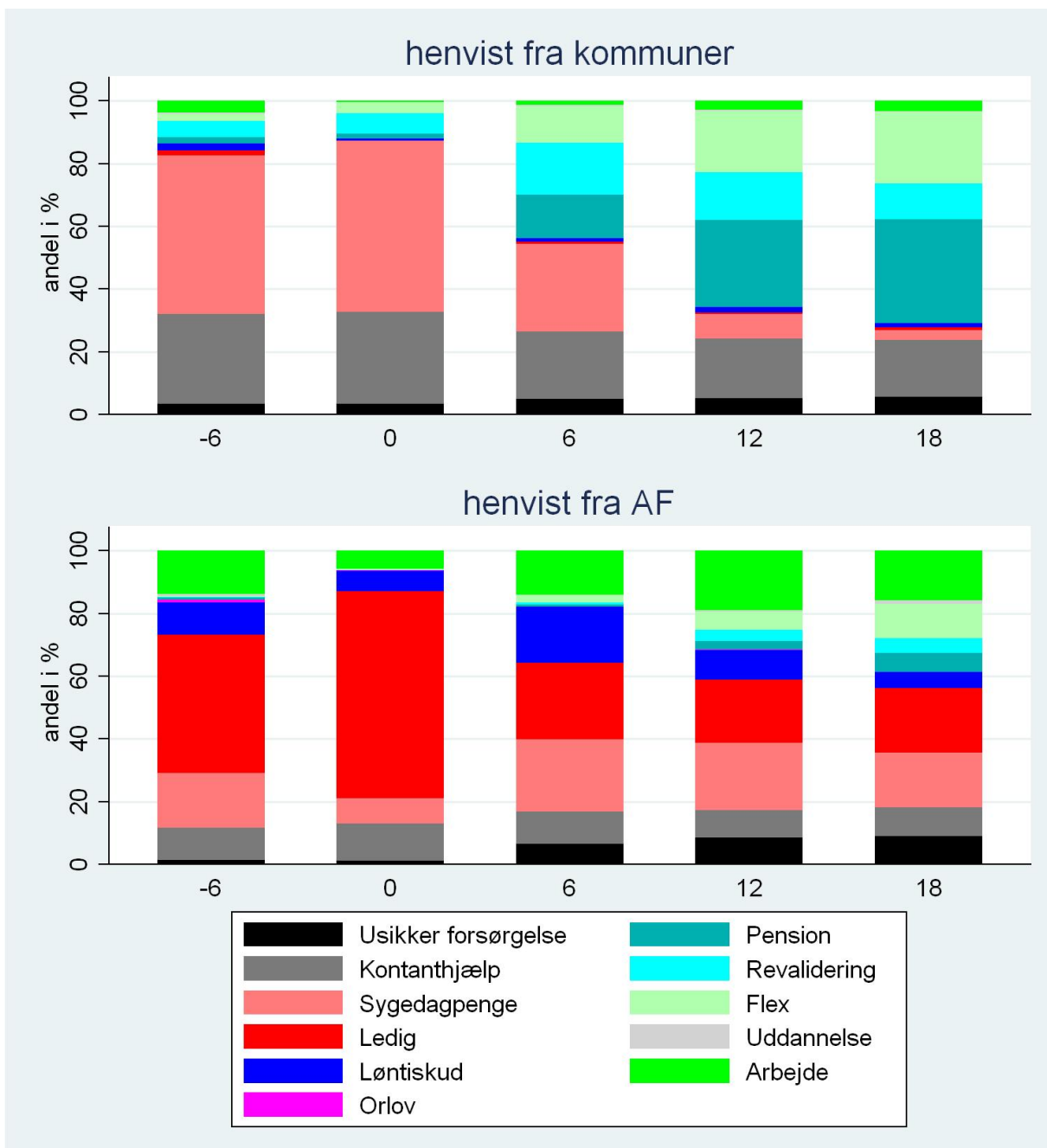
Fisher exact  $p = 0,63$



**Figure 1** Månedlig mean NK værdi. Lodrette streger angiver de tidspunkter, der indgår i analyserne.



**Figure 2** Månedlig mean NK. De personer, der modtager FP feb. 2007 udeladt.



**Figure 3** Fordelingen på ydelsesgrupper 6 mdr før til 18 mdr efter start.

### Bivariate analyser

Resultatet af samtlige bivariate analyser fremgår af [tabel 5](#)

#### *Køn*

Ved de kommunalt henviste forløb ses efter 6 mdr, at mænd har haft en signifikant større ændring end kvinder. Denne forskel forsvinder efter 12 mdr, hvorefter der ikke er signifikante kønsforskelle omend tendensen fortsat er, at mændene har den bedste udvikling i NK. Ved AF-forløbene er der ingen signifikante kønsforskelle, men de marginale forskelle der er, går i

den modsatte retning, mændene har højere (positiv)  $\Delta$ NK, dvs mindre hensigtsmæssig udvikling.

Når analyserne gentages uden de, der tilkendes FP antager  $\Delta$ NK højere værdier (ikke præsenteret), men ligeligt i begge grupper.

#### *Etnicitet*

Både for forløb efter henvisning fra kommuner og AF er billedet, at der for danskere sker en væsentlig ændring i NK i perioden fra 6 til 18 mdr efter start på Reva. Det medfører, at forskellene, der efter 6 mdr ikke er signifikante (og for de kommunalt henviste er meget lille) efter hhv 12 og 18 mdr. bliver signifikante, således at billedet tyder på, at danskere har større effekt af et forløb på Reva end personer med ikke vestlig baggrund.

Når analyserne gentages uden de, der tilkendes FP, ændres  $\Delta$ NK til højere værdier (ikke præsenteret), men ligeligt i begge grupper, således at det ikke ændrer betydningen af etnicitet.

#### *Alder*

I forløbene efter henvisning fra AF ses ingen betydning af alder. Ved de kommunalt henviste forløb er der en tydelig sammenhæng mellem alder og  $\Delta$ NK, således at ændringen øges med stigende aldersgruppe. Dette tyder på, at højere alder medfører større effekt af at komme på Reva. Forklaringen kunne være, at flere fik FP, men når analysen gentages uden de, der tilkendes pension er billedet fuldstændigt det samme.

#### *Kommunestørrelse*

Der er på alle tre tidspunkter kun små, ikke signifikante forskelle i  $\Delta$ NK afhængig af kommunestørrelse. Dette gælder såvel kommunalt henviste som AF-forløb. Ved de kommunalt henviste forløb ses imidlertid en ændring fra 6 til 18 mdr, idet  $-\Delta$ NK ved 6 mdr er størst i de større kommuner, mens billedet er vendt ved 18 mdr. Ændring i NK fra 6 -18 mdr er forskellig afhængig af kommunestørrelse ( $P < 0,005$ ; nonparametrisk test for trend). Dette tyder på, at der er forhold, der gør at det tager længere tid at opnå afklaring, hvis man bor i en mindre kommune, men det er ikke muligt at afgøre, om dette er betinget af forhold internt i kommunen eller af øvrige lokale forhold. Den samme tendens gør sig gældende for AF-forløbene, omend forskellene her er små og ikke signifikante.

Tabel 5 Bivariate analyse

		Ændring i NK fra 6 mdr før start på Reva					
		Kommuner			AF		
		6 mdr	12 mdr	18 mdr	6 mdr	12 mdr	18 mdr
Køn	Kvinder	-0,94	-2,13	-2,44	0,34	0,19	0,06
	Mænd	-1,38**	-2,36	-2,69	0,33	0,30	0,18
Etnicitet	Vestlig	-1,12	-2,29	-2,64	0,31	0,21	0,07
	ikke vestlig	-1,05	-1,66**	-1,76**	0,80	0,55	0,61*
Alder	18-19	0	-0,88	-1,5	-	-	-
	20-29	-0,76	-1,72	-2,05	0,07	-0,21	-0,02
	30-39	-0,88	-1,85	-2,17	0,27	0,08	0,12
	40-49	-1,28	-2,44	-2,69	0,56	0,52	0,29
	50-59	-1,45	-2,75	-3,21	0,28	0,25	-0,02
	>60	-1,27 □	-2,27□	-2,88 □	0,13	0	-0,57
Kommune størrelse	>10.000	-0,90	-2,22	-2,66	0,55	0,18	-0,13
	10-50.000	-1,13	-2,38	-2,66	0,40	0,37	0,22
	>50.000	-1,17	-2,13	-2,44	0,23	0,11	0,05
Andel uger med kontanthjælp 5 år	nptrend: z	0,98	5,96	5,60	-1,51	-1,04	-0,03
	prob >  z	p=0,33	p<0,001	p<0,001	(p=0,13)	(p=0,30)	(p=0,98)
	regression Coef		1,3	1,1			
	(95%konf)		(0,9 1,7)	(0,6 1,6)			
Andel uger med understøttet arbejde 5 år	nptrend: z	-1,59	-6,55	-6,48	1,75	1,49	1,22
	prob >  z	p=0,11	p<0,001	p<0,001	(p=0,08)	(p=0,14)	(p=0,22)
	regression Coef		-1,7	-1,9			
	(95%konf)		(-2,2 -1,3)	(-2,5 -1,2)			

\* P&lt;0,05 \*\*P&lt;0,01 i Mann-Whitney test

□ P&lt;0,01 i nonparametrisk test for trend over alle aldersgrupper

*Revaforløb-type*

Kommunalt henviste: Forløbene på Revas afdelinger i Nord i Varde og Øst i Brørup har i perioden haft et relativt fast koncept over tid. Ved afdelingen i Esbjerg har de kommunalt henviste forløb som nævnt været forskellige, ofte med projekt karakter. Pr. 1. januar 2005 ændrede man til et fast koncept for de, der blev henvist til Esbjerg. Analysen er derfor foretaget stratificeret før og efter 01. jan. 2005. Tabel 6. I det samlede materiale er-ΔKN mindre i Esbjerg end i Øst/Nord efter 12 og 18 mdr. Ved opdeling i perioder er forskellen kun

signifikant efter 18 mdr i den seneste del af perioden. Der er hverken i Esbjerg eller Nord/Øst betydende forskelle mellem de to perioder. I Esbjerg er der tendens til en stigning i  $\Delta$ KN (dvs ringere resultat) fra første til anden periode. Dette taler imod, at omlægningen af forløbene skulle have en gavnlig effekt. Der kan naturligvis være sket forandringer i samfundet, hvis betydning overstiger effekten af ændringerne på Reva. De små forskellig i Nord/Øst har imidlertid den modsatte retning, hvilket taler imod, at det er den generelle samfundsudvikling, der er den væsentligste forklaring.

AF henviste; Der har som beskrevet været to typer forløb: Projekt Energi og Vejledningsforløb. Da de ikke er foregået samtidigt vil det ikke være muligt, at vurdere om eventuelle forskelle er betinget af forskelle mellem forløbene eller tidsmæssig udvikling i samfund eller visitations-praksis.

Tabel 6 Reva-forløb typer

Periode	Ændring i NK fra 6 mdr før start på Reva					
	Esbjerg			Nord/Øst		
	6 mdr	12 mdr	18 mdr	6 mdr	12 mdr	18 mdr
2001 - 2006	-1,12	-2,10	-2,42	-1,12	-2,24**	-2,47**
2001 - 2004	-1,16	-2,10	-2,47	-0,96	-2,45	-2,70
2005 - 2006	-1,02	-2,09	-2,11	-1,43	-2,39	-2,89**
Ændring	+0,12	+0,01	+0,36	-0,47	+0,06	-0,19

\*\* P<0,01 Gamma statistik for forskel mellem Esbjerg og Nord/Øst

#### *Kontanthjælp hhv ustøttet arbejde inden revastart.*

Andel uger med kontanthjælp hhv ustøttet arbejde fremgår af tabel 7. På trods af, at kvinder marginalt hyppigere modtager kontanthjælp (3,6 vs 3,3% blandt 20-65 årige; Danmarks Statistik: Statistikbanken, tal for Ribe amt januar 2005) har mændene på reva-holdene en signifikant højere andel af uger med kontanthjælp 2½ og 5 år inden revastart. Der er ikke kønsforskel i modtagelsen af kontanthjælp hos AF-hold deltagerne, men hyppigheden af modtagelse af kontanthjælp inden henvisning til AF-hold er ca den dobbelte af niveauet i befolkningen som helhed.

Kvinder har lidt højere arbejdsløshed (7% vs 5,3%; Danmarks Statistik: Statistikbanken, tal for Ribe amt januar 2005). Dette genfindes i materialet, idet kvindernes andel ustøttet arbejde i alle perioder er lavere end mændenes.

Blandt de, der deltager på revahold har 10% været på kontanthjælp alle uger det seneste 2½ år, 4% de sidste 5 år og 2 personer (af 1676) er registreret som modtager af kontanthjælp samtlige uger de seneste 10 år inden start på Reva. Tilsvarende har hhv 50, 35 og 25% på intet tidspunkt haft ustøttet arbejde i de nævnte perioder.

Blandt personer på AF-hold findes 2%, som ikke har været i ustøttet arbejde det sidste 2½ år, mens tallene for 5 og 10 år er ubetydelige.

Tabel 7 Andel af uger med udbetalt kontanthjælp hhv ustøttet arbejde

		Kommuner			AF		
		2,5 år	5 år	10 år	2,5 år	5 år	10 år
Pct andel uger med kontanthjælp middel (p10-p90)	Kvinder	25** (0-100)%	23* (0-84)%	17 (0-54)%	8 (0-25)%	7 (0-22)%	6 (0-19)%
	Mænd	32 (0-100)%	27 (0-84)%	19 (0-57)%	8 (0-20)%	7 (0-20)%	6 (0-19)%
Pct andel uger med ustøttet arbejde middel (p10-p90)	Kvinder	16 (0-56)%	23 (0-67)%	23* (0-58)%	25 (1-64)%	33* (3-67)%	31** (5-61)%
	Mænd	17 (0-56)%	26 (0-70)%	26 (0-64)%	27 (1-62)%	38 (7-72)	35 (7-66)%

Kønsskel \* P<0,05 \*\* P<0,01 ved t-test

Mhp analyse af den bivariate sammenhæng mellem ændringen i en sociale situation og perioder med kontanthjælp/ ustøttet arbejde inden, er der foretaget nonparametrisk trendanalyse (nptrend) af sammenhængen mellem  $\Delta$ NK hhv. ½, 1 og 1½ år efter revastart og andel uger med kontanthjælp hhv ustøttet arbejde. [Tabel 5](#).

z er et mål for graden af samvariation. Fortegnet angiver retningen og værdien styrken af af samvariationen. Da z-værdien ikke umiddelbart fortæller, hvor stor betydning ændringer i den uafhængige variabel (andel uger med kontanthjælp/ustøttet arbejde) har for den afhængige variabel ( $\Delta$ NK) er der suppleret med lineær regressionsanalyse i de tilfælde, hvor nptrend-analysen viste signifikant samvariation.

For personer på revahold medfører høj andel af uger med kontanthjælp 5 år inden, at udviklingen i NK påvirkes i uønsket retning. Tilsvarende medfører høj andel af uger med ustøttet arbejde en forøget chance for afklaring. Hvis personer, der ender på førtidspension tages ud af analysen ændrer det ikke billedet; z værdierne bliver numerisk lidt mindre, men er uændret signifikante ved 12 og 18 mdr.

For personer på AF-hold ses ingen samvariation mellem  $\Delta$ NK og andel uger med kontanthjælp eller ustøttet arbejde.

## Multivariate analyser

Følgende variable er primært medtaget i analyserne: alder, køn, etnicitet, og kommunestørrelse og for revahold en variabel afdeling, der angiver om forløbet er på Reva Esbjerg eller Øst/Nord. Andel kontanthjælp hhv ustøttet arbejde er medtaget i analyserne en af perioderne (2½, 5, 10år) af gangen. Det bedste fit opnås med 5 års data både for revahold og AF-hold.

Da kommunestørrelse ikke er har betydning hverken i de bivariante eller de multivariate analyser tages denne variabel ud. Afdeling hari alle analyser  $p > 0,5$  og tages ligeledes ud. I den endelige model indgår således:

alder ( $\geq / < 42$  år) køn, etnicitet(dansk/3.lande), andel kontanthjælp 5 år ( $\geq / < 75$  pctil) og andel ustøttet arbejde 5 år ( $\leq / > 25$  pctil). Tabel 8

Tabel 8 Multivariat analyse med  $\Delta$ NK

OR (chance) for mindst et NK trin forbedring OR (95% konfidens interval)	Kommuner			AF		
	6 mdr	12 mdr	18 mdr	6 mdr	12 mdr	18 mdr
Alder: $\geq 42$ år, ref $< 42$ år	1,31 (1,08-1,59)	1,27 (1,05-1,54)	1,04 (0,86-1,26)	0,74 (0,45-1,04)	0,57 (0,41-0,78)	0,67 (0,48-0,92)
Køn: mænd, ref kvinder	1,36 (1,12-1,65)	1,06 (0,88-1,29)	1,03 (0,85-1,24)	1,06 (0,75-1,50)	1,05 (0,75-1,47)	1,17 (0,83-1,64)
Etnicitet: 3.land, ref dansk/vestlig	1,02 (0,87-1,19)	0,93 (0,80-1,09)	0,93 (0,79-1,08)	1,01 (0,70-1,47)	0,82 (0,56-1,20)	0,56 (0,35-0,91)
Kontanthjælp: $\geq 75$ pctil	1,33 (1,00-1,76)	1,16 (0,88-1,52)	1,03 (0,78-1,36)	0,89 (0,60-1,31)	0,95 (0,65-1,38)	0,90 (0,61-1,32)
Ustøttet arbejde: $\leq 25$ pctil	0,81 (0,63-1,04)	0,55 (0,43-0,70)	0,53 (0,42-0,68)	1,12 (0,77-1,65)	1,27 (0,88-1,83)	1,26 (0,87-1,83)
Lemeshow Goodness-of-Fit, P > chi2	0,96	0,42	0,69	0,36	0,76	0,12

For revaholdene ses i den multivariate analyse, helt svarende til hvad der ses i den bivariante analyse, at kvinder har mindre forbedring end mænd efter 6 mdr, men at denne forskel forsvinder. Tilsvarende ses for alder, at højere alder medfører øget chance forbedring efter 6 og 12 mdr. men denne effekt forsvinder ved 18 mdr. Effekten af etnicitet, som var tydelig i den bivariante analyse forsvinder i den multivariate analyse. Det at have været lang tid på kontanthjælp synes ikke i sig selv at have negativ betydning for udviklingen i NK. Efter 6 mdr



er der en grænsesignifikant positiv sammenhæng. Dette kan være betinget af, at det at være på kontanthjælp medfører, at NK udgangsniveauet er højt. Lav arbejdsmarkedstilknytning - vurderet ved andel ustøttet arbejde - medfører en nedsat chance for at opnå forbedring i NK, således at chancen efter 18 mdr næsten er halveret.

Goodness-of-Fit (GoF) testen tyder på, at de anvendte faktorer i høj grad forklarer variationerne i udfald.

For AF-holdene viser den multivariate analyse, at højere alder medfører en reduceret chance for at opnå forbedring i NK. Etnicitet er uden betydning efter 6 mdr, mens det være af ikke vestlig herkomst efter 18 måneder reducerer chancen for positiv ændring. Dette er i overensstemmelse med, hvad der ses i den bivariate analyse. Resultatet skal imidlertid tolkes med forsigtighed, idet det er få personer der indgår og GoF testen tyder på, at modellen har et dårligt fit. For de øvrige parametre ses der ingen sammenhæng med  $\Delta$ NK.

Der er suppleret med logistisk regression med afklaret ydelsesgruppe efter hhv 6, 12 og 18 mdr som udfald og de samme uafhængige variable. For revahold giver disse regressioner dårligt fit (GoF  $p < 0,2$ ), hvorfor de ikke er præsenteret. For AF-hold er modellen bedre ved, specielt ved 6 og 12 mdr. Lav andel af ustøttet arbejde synes at have en betydning, omend det kun er signifikant ved 12 mdr. Tabel 9

Tabel 9 Multivariat analyse: Afklaret ydelsesgruppe

OR (chance) for at være i afklaret ydelsesgruppe. OR (95% konf interval)	AF		
	6 mdr	12 mdr	18 mdr
Alder: $\geq 42$ år, ref $< 42$ år	0,91 (0,62-1,35)	0,78 (0,74-1,48)	0,99 (0,71-1,39)
Køn: mænd, ref kvinder	1,37 (0,93-2,03)	1,05 (0,75-1,47)	1,06 (0,74-1,51)
Etnicitet: 3.land, ref dansk/vestlig	0,99 (0,64-1,53)	0,77 (0,51-1,17)	0,83 (0,55-1,26)
Kontanthjælp: $\geq 75$ pctil	0,73 (0,45-1,19)	0,94 (0,64-1,39)	0,80 (0,53-1,19)
Ustøttet arbejde: $\leq 25$ pctil	0,83 (0,51-1,33)	0,64 (0,43-0,96)	0,84 (0,57-1,26)
Lemeshow Goodness-of-Fit, P> chi2	0,56	0,41	0,20

## 4.5 Diskussion

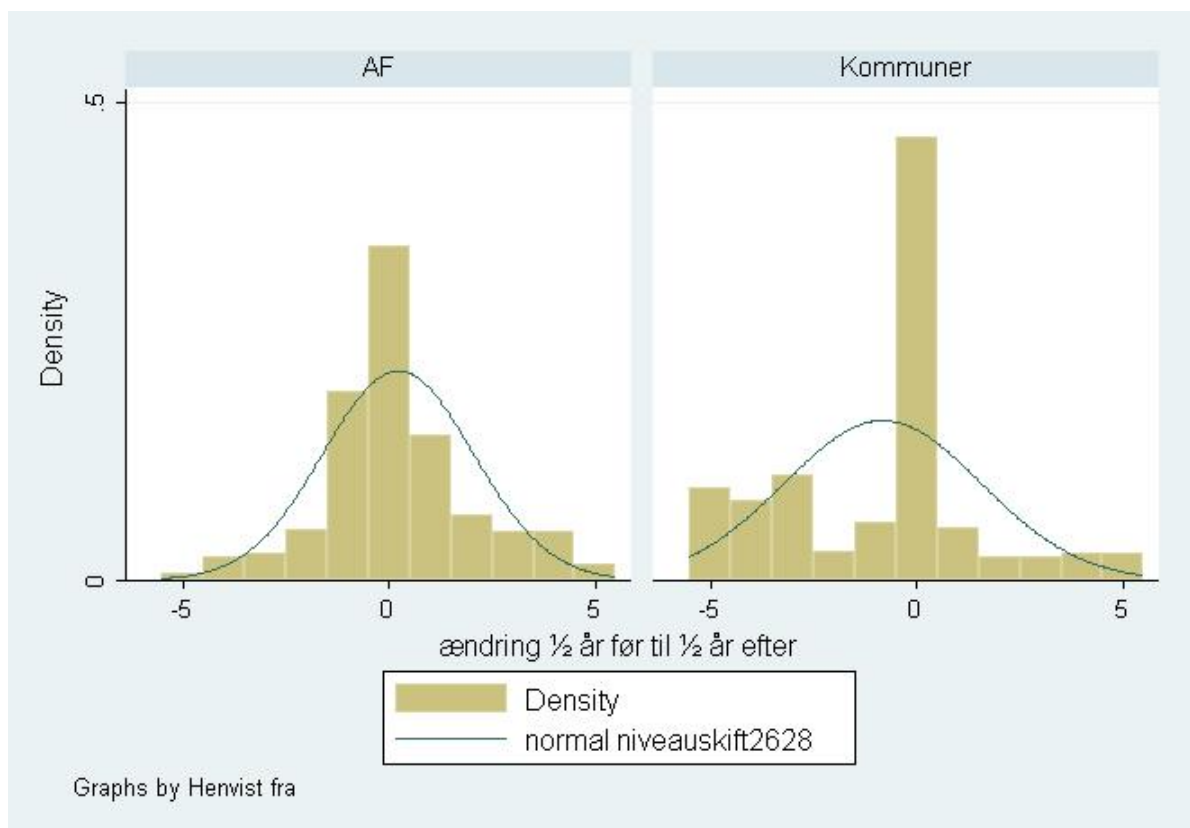
### *Metode*

Det er ikke muligt ved en forløbsundersøgelse af en intervention i almindelig drift med statistisk sikkerhed at vise, at tiltaget har en effekt. Det er det ikke muligt at skelne effekterne af at komme på Reva og af de andre ting, der sker omkring personerne i samme periode, fx. kommunens eller a-kassens opfølgning. Der vil endvidere altid være en tendens til, at der iværksættes en indsats på det tidspunkt, hvor tilstanden er alvorlig(st) og ikke når den er bedst. Tilfældige udsving vil derfor tendere til bevæge sig mod det bedre på det tidspunkt indsatsen iværksættes (regression towards the normal). Et mere endegyldigt svar kræver en kontrolleret og helst randomiseret undersøgelse. Det er imidlertid særdeles vanskeligt at gennemføre på et område som dette, idet indsatserne i høj grad er knyttet op på lovgivningen og det kun i ringe grad er frivilligt for personerne at deltage. Der er derfor ikke et reelt alternativ til at undersøge effekten i en forøbsundersøgelse.

Brug af eksisterende databaser har her flere fordele. Det kræver ikke en væsentlig større indsats at få adgang til et stort datamateriale. Det er umiddelbart muligt at få data for en længere tidsperiode. Der vil ikke være selektions-bias i forhold til deltagelse i undersøgelsen, idet dataindsamlingen foregår uafhængigt af den aktuelle undersøgelse. Ulempen er, at der kun er adgang til de oplysninger, som indsamles til andre formål, og som derfor ikke nødvendigvis er de optimale til at give svar på de stillede spørgsmål.

Der er i analyserne overvejende anvendt nonparametriske analyser. Dette er valgt fordi NK-skalaen er en ordinal skala. I nogle analyser ville det være en fordel, hvis analyserne kunne være foretaget med parametriske metoder i stedet, idet regressionsanalyser giver regressionskoefficienter, hvis størrelse giver en umiddelbart fortolkelig størrelse af effekten af den undersøgte parameter. Dette er ikke tilfældet ved nonparametrisk analyse af trend. Ved brug af logistisk regression beskrives effekten af de uafhængige parametre ved odds ratio, dvs forskel i chancen for at se et udfald i den afhængige parameter afhængig af en unit ændring i de uafhængige parametre. Dette er umiddelbart fortolkeligt, men det er en forudsætning, at den afhængige parameter, og for praktiske formål også de uafhængige parametre, dikotomiseres, hvilket medfører tab af information. Ændring i NK mellem to tidspunkter kunne teoretisk set være normalfordelt. Hvis skiftene mellem niveauerne forekom stokastisk ville dette være tilfældet. Ved plotning værdierne med indtegnet teoretisk normalfordeling

fremgår det, at ændringen for personer henvist fra AF er nær normalfordelt, mens dette ikke er tilfældet for personer henvist fra kommuner, Figur 4. Det er derfor velbegrunderet at benytte nonparametriske analyser.



**Figure 4**

### *Resultater*

Samlet viser analyserne, at der for deltagerne i de kommunalt henviste forløb sker en væsentlig ændring i retning af enten FP eller afklaring af den fremtidige arbejdssituation. Effekten efter 6 mdr er begrænset, men tydelig efter 12 og 18 mdr.

Det er til gengæld ikke i denne undersøgelse muligt at vise, at det har en effekt at deltage på AF-holdene. Det er ikke muligt på det foreliggende grundlag at sikkert vurdere, om dette skyldes, at der ikke er nogen effekt, eller om det er betinget af, at "måleværktøjerne" NK skalaen og hvilke typer ydelse, der modtages efter endt forløb. Det er imidlertid ikke sandsynligt, at der ved undersøgelsen overses en stor effekt.

*Faktorer, der har betydning for forløbene:*

Kommunalt henviste forløb:

Køn: Både i bivariat og multivariat analyse ses, at mænd efter ½ år har større ændring i NK end kvinder, men at denne forskel forsvinder. Dette tyder på, at de de indsatser, der bliver sat i værk for mændene, enten hurtigere bliver sat i værk eller hurtigere får effekt på de udbetalte ydelser. 1½ år efter start er der ingen forskel, så køn er i denne undersøgelse ikke en risikofaktor for uhensigtsmæssigt forløb.

Mændenes synes at være mere socialt belastede end kvinderne; ½ år før er 33% af mændene og 25% af kvinderne kontanthjælpsmodtagere og andelen af uger med kontanthjælp er signifikant højere i fem år inden revastart. At mændenes sager a priori er tungere afspejler sig også i, at der henviser langt færre mænd end kvinder, på trods af, at der i baggrundsbefolkningen kun er lille forskel i fx andel kontanthjælpsmodtagere.

Etnicitet: Anden etnisk baggrund end vestlig er en risikofaktor for manglende afklaring i den bivariante analyse. Når denne effekt mindskes i den multivariante analyse tyder det på, at etnicitet ikke i sig selv er en (stærk) risikofaktor, men at etnicitet er knyttet til de andre risikofaktorer.

Alder: Højere alder relateret til et gunstigere udfald både i bivariat og multivariat analyse. Dette er i modsætning til hvad der findes i mange tidligere undersøgelser. En sandsynlig forklaring er, at det med stigende alder alt andet lige er lettere både at blive godkendt til flexjob og at få tilkendt førtidspension. Denne tendens ses tydeligt i de alders opdeltede ydelsesgrupper ved 12 mdr: [bilag 7](#)

Høj andel tid på kontanthjælp: Der i den bivariante analyse en klar sammenhæng mellem en høj andel tid på kontanthjælp og en ugunstig udvikling i NK. Denne sammenhæng forsvinder i den multivariante analyse, hvor der ved 6 mdr er en netop signifikant OR over en tydende på en let øget chance for at opnå mindst 1 trin forbedring af NK. Forklaringen kan være, at den valgte dikotomisering af udfaldsparameteren:  $\leq -1$  nås af en stor del ( $>40\%$ ) og de, der er på kontanthjælp i forvejen er tildelt en høj NK værdi, hvorfor de tiltag, der sættes i værk primært, kan give netop denne ændring i NK.

Andel tid med ustøttet arbejde: For kommunalt henviste er lav andel ustøttet arbejde en risikofaktor for ugunstigt udfald både i den bivariante og den multivariante analyse.

Forløb Esbjerg vs Øst/Nord: Der ses i den bivariante analyse en lille forskel tydende på, at forløbene har et gunstigere udfald i Varde og Brørup. Forskellen forsvinder i multivariante analyse, hvorfor det kan hænge sammen med et mere belastede forhold i Esbjerg.

AF-henviste forløb

Køn: Hverken i de bivariante eller de multivariate analyser synes køn at have nogen betydning for forløbet.

Alder over 42 er i den multivariate analyse forbundet med væsentligt nedsat chance for gunstigt udfald. Dette fund er i overensstemmelse med, hvad der beskrives i litteraturen.

Årsagen til, at resultatet for de AF-henviste er i modsat retning af de kommunalt henviste kan være, at de som udgangspunkt har en vis grad af arbejdsmarkedstilknytning og er generelt mindre belastede, hvorfor de ikke i samme grad tilkendes pension. Således er andelen af de kommunalt henviste, der ender på pension 38%, mens den for de AF henviste er 8%.

Etnicitet: Anden etnisk baggrund end vestlig er en risikofaktor for manglende afklaring i den bivariante analyse. Som for revaforløbene ses, at denne effekt mindskes væsentligt i de multivariate analyser. Dette tyder på, at etnicitet i sig selv ikke er problemet, men de dertil knyttede risikofaktorer.

Andel tid med kontanthjælp og andel udstøttet arbejde: Disse faktorer har i denne undersøgelse hverken betydning i den bivariante eller den multivariate analyse.

Kommunestørrelse har ikke betydning i analyserne. Få undersøgelser har denne parameter med. I det vestsvenske registerstudier (Heshmati & Engstrom 2001) er parameteren med, men har ikke betydning for RTW.

### *Brugen af DREAM-data*

Analyserne af deltagerne på de kommunalt henviste hold fremtræder konsistente. De baggrundsparemetre, der forventes at have betydning, har det i en vis udstrækning. Der opnås en høj grad af fit i de logistiske regressionsanalyser ved brug af de forventede risikoparemetre. Det tyder på, at data fra DREAM databasen er anvendelige til at følge forløbene for personer henvist fra kommunerne til et revacenter.

I forhold til deltagerne i de AF-henviste forløb er billedet mindre klart. Analyserne fremtræder konsistente, men hovedparten af de baggrundsparemetre, der kunne forventes at have betydning, ikke har det. Det kan skyldes, at de i denne situation rent faktisk ikke har betydning, at målemetoden for udfaldet (NK) ikke beskriver de faktiske ændringer, eller at forløbene ikke medfører nogen ændring.

## 4.6 Konklusion

Det er overvejende sandsynligt, at forløbene på Revacenter Esbjerg for kommunalt henviste personer medfører en højere grad af afklaring, mens det ikke har været muligt at påvise effekt af de AF-henviste forløb.

Der kan peges på følgende faktorer, der har betydning for graden af afklaring:

Køn (tidligt i forløbet), alder, tid med kontanthjælp, tid med ustøttet arbejde.

Følgende faktorer har i denne undersøgelse ingen betydning:

Etnicitet, kommunestørrelse.

DREAM-databasen synes anvendelig til at følge effekten af kommunalt henviste forløb på et revacenter.

## 5.0 Interview undersøgelse

### 5.1 Indledning

Uafhængigt af teoretisk ståsted er der almindelig enighed i rehabiliteringsforskning såvel som revalideringsforskning om, at brugernes indstilling har væsentlig betydning for resultatet af indsatsen. (Öhman 2005; MacEachen, Clarke, et al. 2006)

Skal rehabilitering virke, er det nødvendigt, at der etableres et godt samarbejde med brugerne. Det samme må forventes at være gældende indenfor den arbejdsrettede del af rehabilitering - revalidering. I en telefoninterviewundersøgelse af 2732 personer, der i 1999-2000 var tilknyttet the Tennessee Division of Rehabilitation Services findes således, at der var en meget stærk sammenhæng mellem det at personer med handicap var i arbejde og hvilken grad af "working alliance" de havde med deres Vocational Rehabilitation Counselor (VRC). Sammenhængen blev undersøgt i en multivariat analyse, med kontrol for art og grad af handicap (disability), køn, alder, etnicitet og uddannelsesbaggrund. Effektens størrelse beskrives som middelstor, uden at størrelsesordenen er udtrykt som odds ratio eller korrelations-koefficient. Det påpeges, at VRC'erne bør være bevidste om at styrke "working alliance" med klienterne (Lustig, Strauser, et al. 2002). Begrebet working alliance er primært anvendt indenfor psykiatrien, hvor der på dansk anvendes begrebet terapeutisk alliance. Information om dette aspekt kan kun indsamles ved at spørge de borgere, der har været på Reva. Herudover giver interview mulighed for, gennem borgernes beskrivelse af forløbet, at få kendskab til forhold, der kan være af betydning for effekten af forløbet.

På forhånd forelå kun et begrænset empirisk grundlag til beskrivelse af, hvordan borgere oplever det at komme på et revacentre. (Andersen & Vinther-Jensen 2002; Kibsgaard 2004 177; Mik-Meyer 2005) Da er endvidere er stor forskel på, hvordan de enkelt revacentre er opbygget og arbejder, var der ikke var grundlag for at anvende mere strukturerede metoder til empiridannelse.

Det er valgt foretage interview med en åben strategi både i interview og analyse.

### 5.2 Formål

- at afprøve interview som metode til at udpege forhold, der kan være af betydning for resultatet af forløb ved reva.

### 5.3 Metode

I registerundersøgelsen er dannet to lister med personer, der er karakteriseret ved at være etniske danskere, mellem 30 og 50 år, ikke er på førtidspension og som har hhv. har haft et stort skift og intet skift i niveau af forsørgelse fra før til efter forløbet på Reva Esbjerg. Fra hver af disse lister er tilfældigt udvalgt 7 personer. På en person var det ikke muligt at finde et telefonnummer. Der blev skrevet til de øvrige 13 med orientering om, at de ville blive kontaktet telefonisk mhp. interview om deres forløb på Reva. Interviewet kunne efter informantens ønske foregå personens eget hjem eller på Arbejdsmedicinsk afdeling. 3 personer tilkendegav, at de ikke ønskede at deltage, i tre tilfælde var telefonnummeret nedlagt, og det var ikke muligt at finde et fungerende telefonnummer. To personer lykkedes det ikke at kontakte telefonisk trods gentagne opkald på forskellige tidspunkter af dag og aften. 5 interview blev gennemført, heraf 2 i eget hjem og 3 på Arbejdsmedicinsk afdeling. Af de fem var to personer uden ændring i forsørgelse efter revaforløbet, mens de tre i følge registeroplysningerne var kommet nærmere afklaring.

Der er foretaget semistrukturerede interview.(Dehlholm-Lambertsen & Maunsbach 1997), hvor at der er anvendt en guide med temaer, der ønskes belyst:

Indledningsspørgsmål:

Jeg vil bede dig fortælle, hvordan du oplevede dét at komme på Reva?

Følgende spørgsmål, hvis de ikke blev besvaret spontant:

-Havde du nogle forventninger til, hvad der skulle ske?

-Hvordan har det ændret din situation i forhold til arbejde/forsørgelse?

Og til slut til alle:

-Kan du nævne nogle positive ting ved at være på Reva?

-Kan du nævne nogle negative ting?

-Har du mere, du ønsker at fortælle om dit forløb på Reva?

Det er valgt at valgt overvejende at anvende meget åbne spørgsmål for at reducere den indflydelse, interviewerens forforståelse vil have på resultatet. I løbet af interviewet er der bedt om uddybning og afklaring af informantens udsagn, mens intervieweren ikke bragte nye emner op, udover det der er angivet i spørgeguiden. Det var på forhånd fastlagt, at interviewene maksimalt måtte vare 30 minutter. Interviewene er optaget elektronisk og



transkriberet af interviewer. Transkriberingen er kontrolleret ved gennemlytning.

Transkriberingen er foretaget løbende, så hvert interview er transkriberet inden næste interview er foretaget. Analysen af interviewene blev påbegyndt efter det tredje interview var foretaget, uden at dette førte til modifikation af interviewguiden. Analysen er sket med udgangspunkt i den fænomenologiske metode som beskrevet af Kvale med meningskondensering og kategorisering, uden at der på forhånd var opstillet kategorier. (Kvale S. 2000). Ud fra interviewene er der dannet en række kategorier. Efter denne primære opstilling af kategorier er der foretaget fornyet gennemgang af interviewene mhp at identificere yderligere aspekter indenfor disse kategorier.

#### Kategorier i analysen:

- Initiativet, motivation og forventninger til at komme på Reva
- Introduktions/kursusperioden
- Arbejdsprøvning
- Borgerens kontakt med ansatte på Reva
- Borgerens kontakt med sagsbehandler ved Kommunen
- Samarbejdet mellem Reva og Kommunen
- Borgerens oplevelse af, hvad Revaforløbet har betydet for deres sociale situation

## 5.4 Resultater

Der er foretaget 5 interviews. Varigheden af interviewene er 22-28 minutter.

Citater er skrevet i *kursiv*, ..... angiver, at citatet er en del af en længere sætning og ---- angiver pause i udtalelsen.

To af informanterne kom i arbejdsprøvning eksternt, de øvrige tre var i arbejdsprøvning i en kortere eller længere periode på Revas værksteder.

Initiativet, motivation og forventninger til at komme på Reva: To informanter havde selv taget initiativ til at komme på Reva: *“så jeg fik fat i det sociale ankenævn og bad dem om at kunne få mig videre i stedet for, fordi Esbjerg kommune ikke ville, og så kom jeg ud på Reva”* mens det ved de øvrige informanter var kommunen, der havde taget initiativet, i nogle tilfælde uden at afstemme borgerens forventning til hvad der skulle foregå. To informanter giver udtryk for at have været bekymret ved at skulle på Reva *“Jeg har hørt frygtelige ting om Reva inden jeg kom derud, det var jo for idioter, ..... Så jeg var jo egentlig lidt skrækslagen da jeg skulle derud, fordi, det var jo bare sådan en tosse anstalt”*. Alle informanter giver dog

udtryk for, at de var klar over, hvorfor de skulle på Reva. - Det var noget man skulle (igennem) for at få et fleksjob eller en pension.

Introduktions/kursusperioden I denne periode har deltagerne samtaler med den socialrådgiver, de er tilknyttet på Reva og med en lægekonsulent, undervisning og gruppediskussioner. I denne periode skal det videre forløb planlægges. Ingen beskriver dette som belastende, snarere tværtimod. *“Teoretisk undervisning, hvor vi startede om morgenen med kaffe og rundstykker, også, - ja sådan gik så de første to måneder. Det var også enormt hyggeligt synes jeg”*. Men det er måske netop den form, som betyder, at flere informanter får ro til at snakke med de andre deltagere og få sat deres egen situation i et andet perspektiv. En fortæller *“Jamen jeg kunne ligesom også se, at der var nogen der havde det værre end jeg havde det”* og en anden *“Og det gav ligesom mig et pust til at sige, så dårlig er jeg sgu heller ikke. Jeg har det alligevel lidt bedre end de andre”*, hvilket giver disse informanter overskud til at søge at komme ud i fleksjob. På trods af, at en del af introduktionsperioden er egentlig undervisning, bl. a. om lovgivning om fleksjob, førtidspension mm, er der ikke nogen af informanterne, der beskriver, at de har opnået ny viden, som de har kunnet anvende i det videre forløb.

Arbejdsprøvningen. Formålet med arbejdsprøvningen er at afklare, hvilke arbejds-funktioner, deltagerne er i stand til at varetage og i hvilket omfang. Arbejdsprøvningen foregår enten på Revas værksteder eller på arbejdsplader i området. Det er hensigten, at deltagerne skal være medbestemmende i, hvor de skal i arbejdsprøvning, men det er ikke altid tilfældet: *“...men det fik jeg ikke lov til at vælge imellem. Der var så mange mennesker derude, at der ikke var plads til at man kunne lave et valg”* mens en anden af informanterne selv fandt en arbejdsplads ude i byen, hvor hun kunne komme i arbejdsprøvning. I forbindelse med indgåelse af aftale om arbejdsprøvning eksternt skal det også aftales, om det er Reva eller kommunen, der varetager opfølgningen af borgeren i arbejdsprøvning. To informanter arbejdsprøves eksternt. Den ene beskriver en tæt opfølgning fra kommunen (med henblik på hurtigst muligt at få øget arbejdstiden), mens den anden ikke har egentlig opfølgning, men på et tidspunkt på eget initiativ kontakter sin sagsbehandler på Reva. To informanter, der er i længerevarende arbejdsprøvning hhv. på Reva og eksternt, beskriver, at de fortsætter i arbejdsprøvning (på kontanthjælp) uden ændring af arbejdsforhold eller arbejdstid i hhv 6 og 10 mdr, selvom det allerede efter få måneder ville være muligt at vurdere, hvad de kunne klare arbejdsmæssigt. *“Jeg synes godt at det kunne have været gjort kortere, altså de 10 måneder jeg var på*

*værkstedet. Det kunne de godt skåret ned til det halve. Der var ikke nogen grund til at jeg skulle sidde så lang tid og kigge ud i luften". Arbejdsopgaverne ved arbejdsprøvning på Reva opleves ikke relevante: "...at sidde og sætte klistermærker på dunke. Altså – der vil jeg mene, at man godt kunne finde noget andet. Det synes jeg er meget nedværdigende at sidde med. Også fordi man har jo været på arbejdsmarkedet før. Så man er vant til at bruge både hovedet og hænderne". I modsætning hertil opleves arbejdsprøvning eksternt relevant af informanterne.*

To informanter angiver at de i arbejdsprøvningen blev presset til at arbejde mere, end de kunne - og fremhæver, at der var lægelig dokumentation for deres begrænsninger.

Borgerens kontakt med ansatte på Reva. Informanterne beskriver, at de føler sig respekteret og lyttet til i samtalerne med de ansatte på Reva, - *"Jeg var meget glad for at være på Reva, fordi jeg føler ligesom, at det var det eneste sted, hvor de troede på mig"* (informant med hyppig migræne) - og gennemgåene bliver der taget hensyn til de helbredsmæssige begrænsninger. Ind imellem oplever nogle informanter dog, at de presses til at arbejde mere, end de selv mente at kunne. En af informanterne beskriver manglende støtte i forbindelse med kontakten til den kommunale sagsbehandler: *"...jeg synes ikke de gør det for folk som de burde... jeg har oplevet ved den samtale med min rådgiver(fra kommunen) og hun (rådgiveren fra Reva) sagde intet (om de begrænsninger i arbejdsevnen, der var beskrevet på Reva)"*.

Borgerens kontakt med deres sagsbehandler ved Kommunen Fire af fem informanter beskriver, at de på et eller flere tidspunkter i forløbet har problemer med at komme igennem til deres sagsbehandler ved kommunen. De kan ikke komme igennem på telefonen, deres sagsbehandler er sygemeldt eller har sagt op, og de har ikke fået tildelt en ny. Helt aktuelt (juni 2007) får kommunalreformen skylden. To af informanterne har selv overskud til at gøre noget ved det, hhv ved kontakt til det sociale ankenævn og ved at ringe til den relevante områdeleder på kommunen. Den manglende opfølgning fører til spildte chancer: *"...faktisk har det været i november i år 2005, jeg snakkede med min socialrådgiver, og hun siger : Kunne du ikke tænke dig at komme ud at prøve som jule assistance. Jo, heller end gerne bare jeg kan komme gang nogle timer. ... Men da vi så skrev december måned havde jeg stadig ikke hørt fra dem. Det viste sig så, at hun havde ikke min sag i mere...."*. En informant beskriver, at hun oplever et skift, da hun kommer fra sygedagpenge til bistandshjælp. Pludselig er der ikke

det samme pres på for at komme videre med tingene, man er nu *“...blot en enkelt brik i et puslespil med 1000 brikker”*.

Samarbejdet mellem Reva og Kommunen. Informanterne giver eksempler på, der ikke er klare linier omkring de beslutninger, der træffes om arbejdsprøvning mm. *“Ja, altså – jeg kom ikke deciderede arbejdsprøvning derude (på Reva), selvom den rådgiver jeg havde derude gerne ville have, at jeg skulle i arbejdsprøvning der, men det ville min socialrådgiver (ved kommunen) ikke være med til. Jeg skulle bare ud af huset.”* En informant fortæller, at hendes kommunale sagsbehandler klart tilkendegav, at hun ville se bort fra den vurdering man nåede frem til på Reva. Flere informanter fortæller, at deres rådgiver på Reva har svært ved, og i et tilfælde må opgive, at få en aftale med den kommunale sagsbehandler.

Borgerens oplevelse af, hvad revaforløbet har betydet for den sociale situation. En af informanterne har ikke oplevet nogen ændring af situationen *“Det at du var ude på Reva har det ændret din sag i forhold til kommunen? Nej ikke rigtigt. Jeg har ikke hørt noget der oppe fra.(kommunen)”* Interviewet er foregået 12 mdr efter informanten sluttede på Reva - han er stadig på kontanthjælp. En informant besluttede at søge tilbage til et tidligere job, på trods af, at hun vidste, at det ville give problemer i forhold til rygbesvær. For de øvrige har det betydet en ændring - for en har forløbet betydet, at han har opgivet at komme i fleksjob, hvad der ellers var hans plan *“så nu har jeg valgt (at søge)førtidspension, for at stoppe alt det her med sagsbehandling . Det har taget meget lang tid og det har tæret på mig”*. De sidste hhv er i fleksjob og er ved at blive afklaret til dette.

## 5.5 Diskussion

Gennemgående oplyser informanterne at de inden starten ved hvorfor de skal på Reva og de giver udtryk for betydelig tilfredshed med Revas andel i deres forløb. Dette kan skyldes en selektion i, hvem der har ønsket at deltage i interviewene. I en interviewundersøgelse på Revacenter Silkeborg udtrykker flere af informanterne, at de ikke klart kender formålet med at komme på Reva (Andersen & Vinther-Jensen 2002). I Silkeborg undersøgelsen er interviewene imidlertid foretaget kort tid efter starten på Reva, mens interviewene i nærværende undersøgelse foregår på et langt senere tidspunkt i forløbet. Dette kan være en del af forklaringen på forskellen. Deltagernes beskrivelse peger på, at det at mødes med andre i

samme situation opleves gavnligt og er med til at deltagerne til at se mere positivt på deres situation. Denne effekt er beskrevet i andre undersøgelser af personer i en belastet helbredsmæssig situation, fx en række af de undersøgelser, som er samlet i en dansk Medicinsk Teknologi Vurdering om behandling af udbredte bevægeapparatssmerter.(Samuelsen, Hansen, et al. 2006)

Informanternes beskrivelse af forholdene under arbejdsprøvning tyder på, at der i nogle tilfælde er for dårlig opfølgning under arbejdsprøvningen, herunder manglende stillingtagen til varigheden. Langvarig (perspektivløs) arbejdsprøvning virker i hvert fald for en af informanterne stærkt demotiverende, og er under alle omstændigheder spild af borgerens tid. Når to informanter på den anden side beskriver sig pressede i arbejdsprøvningen tyder på, at det enten ikke er lykket for Reva at finde arbejde med relevant indhold i forhold til de begrænsninger personerne har, eller at det ikke lykkes at forklare formålet med den valgte arbejdsprøvning til borgeren.

De beskrevne problemer med at komme i kontakt med den kommunale sagsbehandler beskrives både som belastende og demotiverende. Tilsvarende er beskrevet i interviewundersøgelsen på Revacenter Silkeborg. To informanter beskriver at der ikke er overensstemmelse mellem forslag og planer fra hhv den kommunale sagsbehandler og den socialrådgiver, de er har på Reva. Det kan ikke udelukkes, at den manglende eller dårlige kommunikation mellem institutioner/personer kan være en medvirkende årsag til, at nogle forløb ved Reva ikke fører til afklaring. Under alle omstændigheder svækker det borgerens oplevelse af et sammenhængende forløb!

Det er ikke muligt på baggrund af disse interview med fem personer at vurdere, om arbejdsprøvningsne er relevante i forhold til formålet med at komme på Reva: at opnå et beslutningsgrundlag i den videre sagsbehandling. Når arbejdsprøvningsne - eller deres varighed - af borgerne opleves som meningsløse, kan det være, at de er meningsløse, eller at det ikke er lykket Reva at kommunikere formålet til borgeren.

Det er påfaldende, at de fleste af de problemstillinger, der er rejst af informanterne, spontant er nævnt af mere end en informant.

## 5.5 Konklusion

Denne pilotundersøgelsen viser, at interview kan anvendes til at udpege områder, som der med fordel kan arbejdes med i det videre udviklingsarbejde på Reva.

Konkret rejses således på 3 problemstillinger:

- Der er i nogle tilfælde utilstrækkelig kommunikation mellem sagsbehandlerne på Reva og de kommunale sagsbehandlere. Dette fører til at borgerne oplever usikkerhed omkring beslutningerne i forløbet.
- Nogle borgere beskriver, at de ikke har tilstrækkelig indflydelse på beslutningerne omkring arbejdsprøvning. Arbejdsprøvningen opleves i de tilfælde som irrelevant eller eventuelt for belastende i forhold til oplevede begrænsninger.
- Nogle borgere oplever, at arbejdsprøvningserne fortsætter uden en fornuftig og begrundet plan for varigheden

## 6.0 Sammenfatning af delundersøgelserne

Der er i Danmark meget forskning i sygdomsbehandling og der er efterhånden en del forskning, der undersøger, om sygemeldte kommer tilbage i arbejde. Det brede revaliderings område blev omkring år 2000 undersøgt af SFI, mens en af de indsats, som tager sig af de tungeste sager, kun i meget begrænset omfang har været genstand for forskning.

Formålet med denne afhandling er at øge kendskabet til hvilke faktorer, der har betydning for, om det fører til afklaring at komme på et revacenter. En forudsætning for at kunne undersøge hvilke faktorer, der har betydning er, at man kan måle effekten af forløbet. Ved brug af Dream-databasen har det været muligt at beskrive ændringerne offentlige ydelser, og dermed i den arbejds- og forsørgelsesmæssige situation fra før til efter et forløb på Reva.

Der sker en ændring i ydelserne over tid for de personer, der kommer på Reva, og for de personer, der er henvist fra kommunerne er der ikke tvivl om, at de kommer i en mere afklaret situation - efter 1½ år har 33 % fået pension og 23% er i eller er godkendt til flexjob.

For de AF-henviste sker kun få ændringer, enkelte ledige kommer i arbejde, men flere bliver sygemeldte, så i det samlede billede er det kun lidt flere, der bliver afklaret.

Det har med metoden været muligt at udpege risikofaktorer for manglende afklaring:

Alder, som har forskellig betydning for afklaring: I de kommunale sager, som er tungere, er der en højere grad af afklaring med højere alder; og AF-holdene, hvor høj alder betyder lavere grad af afklaring. I Litteratur gennemgangen findes alder helt gennemgående at have en negativ betydning for RTW.

Arbejdsmarkedstilknytning beskrevet ved høj andel ustøttet arbejde, har positiv betydning for afklaring ved de kommunalt henviste, hvilket er i overensstemmelse med det forventede fra litteraturstudiet. Meget tid på kontanthjælp har som forventet en negativ betydning, som dog udlignes i den multivariate analyse.

Køn og etnicitet kunne ud fra litteraturen forventes at have betydning, men har det kun i de bivariate analyser, mens det næsten forsvinder i de multivariate.

Forløbstype. Det har kun i meget begrænset omfang været muligt at undersøge betydningen af dette. Der er i de bivariate analyser forskel på den afklaring, der opnås efter revahold i Esbjerg og afdelingerne i Brørup og Varde, men da forskellen forsvinder i den multivariate analyse kan det være betinget af forskelle i hvem der henvises. Herudover er der meget betydelige forskel på de kommunalt og AF henviste forløb. Her er forskellen nok i højere grad er betinget af forskelle i hvem der bliver visiteret og hvilken opfølgning sker der, end forskelle mellem de to typer forløb.

Der er en række faktorer, der ud fra litteraturen kunne forventes at have betydning for RTW og måske for afklaring: fx uddannelsesbaggrund, diagnose, selv vurderet helbred, ventetid på intervention, arbejdspladsrettet intervention, arbejdsprøvning vs undervisning. Der er imidlertid ikke i registerundersøgelsen grundlag for at undersøge disse faktorer.

I ethvert rehabilitering - og hermed også revalideringsforløb burde brugerinddragelse og sammenhængende forløb være prioriteret højt. Interview-undersøgelsen peger på, at dette ikke er tilfældet. Der beskrives manglende indflydelse på forløbet, arbejdsprøvninger, der opleves irrelevante enten i indhold eller varighed, manglende koordinering/kommunikation mellem Reva og kommunen og problemer med at komme i kontakt med kommunen.

Samlet er vurderingen: Det ser ud til, at der er en effekt af at komme på reva, men der er også mulighed for forbedring!

## 6.1 Perspektivering

Resultaterne af denne afhandling kan bruges på to måder

- På Revacenter Esbjerg: videreudvikling af metoderne og inddragelse af resultaterne i det daglige arbejde
- Anvendelse af Dream-data til opfølgning af andre tilbud

På Revacenter Esbjerg har både registerundersøgelsen og interview undersøgelsen vist sig brugbare til at generere viden om forløbene. Det er imidlertid ønskeligt i det videre arbejde at kunne inddrage andre faktorer. Mange af de forhold, der i beskrives at have indflydelse på RTW, ville kunne indgå i det videre arbejde, hvis de systematisk blev indsamlet ved starten af forløbene. En stor del af oplysningerne, fx om helbred og om uddannelsesbaggrund indsamles i forvejen, idet de altid indgår i den ressourceprofil, der laves enten af kommunen inden visitering eller ved starten på Reva. Det der mangler er, at oplysningerne systematiseres og standardiseres.

Et sådant system vil kunne bruges til at beskrive forløbene og generere viden om, hvilke baggrundsfaktorer hos personer, som gør det sandsynligt, at der skal en ekstra indsats til for at opnå et positivt forløb. Det vil imidlertid næppe blive i stand til at udpege de forhold internt på Reva eller i samarbejdet med kommune, arbejdsprøvningssteder mm, der giver anledning til, at nogle forløb alligevel ikke går som forventet.

Interview-metoden har vist sig velegnet til at sætte focus på områder, det vil være relevante at arbejde videre med. Fem interviews er en lille stikprøve, men gav alligevel et konsistent billede af nogle få problemer.

Mange andre steder får borgene en behandling, som kan få betydning for deres fremtidige arbejdsmæssige situation. Det har hidtil været forbundet med betydeligt arbejde at lave opfølgning på genoptagelse af arbejde, sygemelding, pensionering mm. Med brugen af Dream-data vil det være gennemførligt at lave langtidsopfølgning fx efter behandling på sygehuset, eller af forskningsprojekter, fx på det arbejdsmedicinske område.



## Referencer

- Allaire,S.H., Li,W., and LaValley,M.P. 2002. A Randomized trial with 3.5years follow-up shows job retention vocational rehabilitation services reduce job loss. *Arthritis and Rheumatism* 46(9):S580-S581.
- Allaire,S.H., Li,W., and LaValley,M.P. 2003. Reduction of job loss in persons with rheumatic diseases receiving vocational rehabilitation - A randomized controlled trial. *Arthritis and Rheumatism* 48(11):3212-3218.
- Andersen,J.H. and Rasmussen,K. 2006. De praktiserende lægers rolle for positivt udfald af en revalideringsindsats. *MPL* 84(1):51-57.
- Andersen, ML and Vinther-Jensen, K. Empowerment i revalidering. *Viden Vilkår Forudsætninger*. 2002. Århus, Århus Amt, Afdeling for Folkesundhed.
- Anema,J.R., Steenstra,I.A., Bongers,P.M., De Vet,H.C.W., Knol,D.L., Loisel,P., and van Mechelen,W. 2007. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 32(3):291-298.
- Beutel,M.E., Zwerenz,R., Bleichner,F., Vorndran,A., Gustson,D., and Knickenberg,R.J. 2005. Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation - short and long-term results from a controlled study. *Disability and Rehabilitation* 27(15):891-900.
- Bloch,FS. and Prins,R. 2001. 'Who returns to work & why?'. Trans Action Publishers.
- Bonde,J.P., Rasmussen,M.S., Hjollund,H., Svendsen,S.W., Kolstad,H.A., Jensen,L.D., and Wieclaw,J. 2005. Occupational disorders and return to work: A randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37(4):230-235.
- Cranner,J., Adolfsson,S., Thorlacius,S., Bergroth,A., and Grönlund,R. 2001. Nordiska rehabiliteringssystem - likheter ogch olikheter. *Socialmed Tidskr* 6:532-552.
- Crisp,R. 2005. Key Factors Related to Vocational Outcome: Trends for Six Disability Groups. *Journal of Rehabilitation* 71(4):30-37.
- de Buck,P.D., le,C.S., van den Hout,W.B., Peeters,A.J., Ronday,H.K., Westedt,M.L., Breedveld,F.C., and Vlieland,T.P. 2005. Randomized comparison of a multidisciplinary job-retention vocational rehabilitation program with usual outpatient care in patients with chronic arthritis at risk for job loss. *Arthritis Rheum.* 53(5):682-690.
- Dehlholm-Lambertsen,B. and Maunsbach,M. 1997. [Qualitative methods in empirical health research. III. The individual in-depth interview]. *Nord.Med.* 112(3):94-98.

- Drews,B., Nielsen,C.V., Rasmussen,M.S., Hjort,J., and Bonde,J.P. 2007. Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: A controlled study. *Scandinavian Journal of Public Health* 35(1):86-94.
- Eklund,M. and Fugl-Meyer,A.R. 1991. Vocational rehabilitation in northern Sweden. I. A socio-demographic description. *Scand.J.Rehabil.Med.* 23(2):61-72.
- Eklund,M., Eriksson,S., and Fugl-Meyer,A.R. 1991. Vocational rehabilitation in northern Sweden. II. Some psycho-socio-demographic predictors. *Scand.J.Rehabil.Med.* 23(2):73-82.
- Eshoj,P., Tarp,U., and Nielsen,C.V. 2001. Effect of early vocational intervention in a rheumatological outpatient clinic - a randomized study. *International Journal of Rehabilitation Research* 24(4):291-297.
- Filges, T. Revalidering - en registerundersøgelse. 2001[14]. 2001. Socialforskningsinstituttet. SFI Arbejdsrapport.
- Filges, T, Harslof I., and Nord-Larsen, M. Revalidering - deltagere, forløb og effekter. 02:2, 1-112. 2002. Copenhagen, SFI.
- Foldspang,A., Hoffmeyer,J., and Svendsen,I.L. 1981. [Rehabilitation prognosis and resource consumption in a rehabilitation clinic]. *Ugeskr.Laeger.* 143(48):3253-3255.
- Foldspang,A., Hoffmeyer,J., and Svendsen,I.L. 1981. [Prediction of the course of rehabilitation. Social and medical predictors for discharge status in a rehabilitation clinic]. *Ugeskr.Laeger.* 143(48):3249-3252.
- Foldspang,A. 1981. Statistical Prediction of Case Closure Status and Time Spent at A Rehabilitation Clinic - A Cost-Effectiveness Perspective. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 9(3):101-108.
- Foldspang, A. Nogle studier over tilgang og afgang. 1-106. 1982. Århus, Socialmedicinsk institut; Århus Universitet. Afhandling
- Foldspang, A., Hoffmeyer, J, and Svendsen, IL. Revalideringsforløb. 1, 1-208. 1982. Århus, Århus Universitet; Institut for Socialmedicin.
- Haldorsen,E.M.H., Grasdahl,A.L., Skouen,J.S., Risa,A.E., Kronholm,K., and Ursin,H. 2002. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain* 95(1-2):49-63.
- Harslof I. Kvalitativ interviewundersøgelse blandt personer på revalidering. 1-64. 2000. Copenhagen, SFI. Arbejdsrapport.
- Harslof I., Moller, S. N., and Hansen A.E. Virksomhedsrevalidering som vendepunkt. 15-2002, 1-92. 2002. Copenhagen, SFI. Arbejdsrapport.

Heshmati, A. and Engstrom, LG. 2001.8 183-210 in *Econometric Evaluation of Labour Market Policies* .

Høgelund, J. 2001.3 27-51 in *Who returns to work & why?* Trans Action Publishers.  
Idler,E.L. and Benyamini,Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J.Health Soc.Behav.* 38(1):21-37.

Jepsen, J. R. and Eshoj, P. *Arbejdsfastholdelse af sygemeldte.* 1-122. 1993. Esbjerg, Sydjysk Universitet.

Kibsgaard, K. *Revalidenders behov i den erhvervsrettede revalidering. En case undersøgelse i Viborg Amt, Danmark 2002-2004.* 2004. NHV. Afhandling

Kvale S. 2000. 'Interview - en introduktion til det kvalitative forskningsinterview'. Hans Reitzel.

Kvamm,J. and Nielsen,C.V. 2003. [Vocational rehabilitation, a descriptive follow-up study]. *Ugeskr.Laeger.* 165(28):2815-2819.

Labriola, M., Lund, T., and Christensen, K. B. *RESULTATER AF SYGEFRAVÆRS-FORSKNING 2003-2007.* 1-48. 2007. København, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Loisel,P., Abenhaim,L., Durand,P., Esdaile,J.M., Suissa,S., Gosselin,L., Simard,R., Turcotte,J., and Lemaire,J. 1997. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine.* 22(24):2911-2918.

Lund, T. *TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE.* 1-50. 2003. København, Arbejdsmiljøinstituttet.

Lustig,D.C., Strauser,D., Rice,N.D., and Rucker,T.F. 2002. The Relationship Between Working Alliance and Rehabilitation Outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 46(1):25-33.

MacEachen,E., Clarke,J., Franche,R.L., and Irvin,E. 2006. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 32(4):257-269.

Mansson,N.O. and Rastam,L. 2001. Self-rated health as a predictor of disability pension and death--a prospective study of middle-aged men. *Scand.J.Public Health.* 29(2):151-158.

Marnetoft,S.U., Selander,J., Bergroth,A., and Ekholm,J. 1999. Vocational rehabilitation-early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. *Int.J.Rehabil.Res.* 22(3):161-170.

Marnetoft,S.U., Selander,J., Bergroth,A., and Ekholm,J. 2001. Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *Journal of Rehabilitation Medicine* 33(2):71-78.

Marnetoft,S.U. and Selander,J. 2002. Long-term effects of early versus delayed vocational rehabilitation - a four-year follow-up. *Disability and Rehabilitation* 24(14):741-745.

Marnetoft,S.U. and Selander,J. 2002. A four-year follow-up study of early versus delayed vocational rehabilitation. *European Journal of Public Health* 12(4):78.

Mik-Meyer,N. 2005. Dømt til personlig udvikling. *MPL* 83(10):1667-1677.

Mik-Meyer, N. and Sørensen, TB. Metoder i aktivering og forrevalidering - Observation og Interview. -224. 2000. Århus, Gestus og Sociologisk Analyse.

Norrefalk,J.R., Ekholm,J., and Borg,K. 2006. Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3-year follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine* 38(2):87-92.

Olsen,E. 2005. 'Syge På tvangsarbejde'. Gyldendal.

Rasmussen,K. and Andersen,J.H. 2005. Individual factors and GP approach as predictors for the outcome of rehabilitation among long-term sick listed cases. *J.Occup.Rehabil.* 15(2):227-235.

Samuelson, S., Hansen, R., Frölich, S, Svendsen, A., and Kloster, B. SMERTESKOLE - en medicinsk teknologivurdering. 2006. København, Sundhedsstyrelsen; Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Selander, J. Unemployed sick-leaves and vocational rehabilitation - a person-level study based on national social insurance material. 1999. Stockholm, Department of rehabilitation, Karolinska Institute. Afhandling

Skouen,J.S., Grasdahl,A., and Haldorsen,E.M. 2006. Return to work after comparing outpatient multidisciplinary treatment programs versus treatment in general practice for patients with chronic widespread pain. *Eur.J.Pain.* 10(2):145-152.

Smedslund, G, Hagen, K. B., Steiro, A, Johme, T., Dalsboe, T. K., and Rud, M. G. Work programmes for welfare recipients. 1-122. 3-8-2006. Nordisk Cambell Center.

Statens Institut for Folkesundhed Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1-6-2007  
Stubbs,J. and Deaner,G. 2005. When considering vocational rehabilitation: describing and comparing the Swedish and American systems and professions. *Work.* 24(3):239-249.

Sørensen, TB., Mik-Meyer, N., and Braun, T. Metoder i aktivering og forrevalidering - spørgeundersøgelse. 1-367. 2000. Århus, Gestus og Sociologisk Analyse.

Öhman,A. 2005. QUALITATIVE METHODOLOGY FOR REHABILITATION RESEARCH. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37:273-280.

## Bilagsliste

Bilag 1: Litteraturstudiet: Søgeprofiler

Bilag 2: Litteraturstudiet: Tabel 1-3

Bilag 3: Registerstudiet: Datakilder til Dream databasen

Bilag 4: Registerstudiet: Data-oparbejdning og omkodning af Dream  
ydelseskoder

Bilag 5: Registerstudiet: Aldersfordelte ydelsesgrupper ½ år før og 1 år efter  
start på Reva.

## Bilag 1: Litteraturstudiet: Søgeprofiler

Medline (PubMed)

("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR vocational rehabilitation[Text Word])

7946 ref

begrænset med:

NOT(mental disorder[TI] OR brain damage[TI] OR major depression[TI] OR cardiac[TI] OR drug abuse[TI] OR methadone[TI] OR schizophrenia[TI] OR brain injury[TI] OR cancer[TI])

7363 ref

AND (English[lang] OR German[lang] OR Danish[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang]))

6455 ref

AND (("2000/01/01"[PDAT] : "2007/05/01"[PDAT])

1173 ref

---

Cinahl

MJ ( rehab\* AND vocat\* ) OR TI ( rehab\* AND vocat\* )

2070 ref

begrænset med

not TI ( (mental ill\*) OR abuse OR card\* OR depression )

200001-200705; Language: English, German, Norwegian, Swedish

1063 ref

---

Søgning i Social Services Abstract på CSA:

Vocat\* rehab\*

giver 196 referencer til publicerede arbejder, heraf 133 i peer review'ede tidsskrifter.

---

Søgning SCI og SSCI på Web of Science

((TS=rehab\* OR TI=rehab\*) AND (TS=vocat\* OR TI=vocat\*))

Language=English OR Danish OR German OR Norwegian OR Swedish;:

Giver 2006 ref

Begrænsning med

NOT (TI=cardi\* OR TI=schizophre\* OR TI=mental ill\* OR TS=mental illness\*)

reducerer til 1685 ref

## Bilag 2 Litteraturstudiet Tabel 1 Datamateriale

	Inklusion	Evt Under-grupper	Antal		Alder		Datamateriale	
			Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Start	Opfølgning
Århus 70-72 (Foldspang & al 1981a)	Alle indskrevet på Realideringsklinikken i 24 mdr periode		222	453	20-39 68%		Journal materiale og registreret ad hoc	Spørgeskema pr brev i 1977. 65% svar
Århus 74-75 (Foldspang & al 1981b)	Alle indskrevet på Realideringsklinikken i 12 mdr periode		103	131	20-39 47,5%		Journal materiale og registreret ad hoc	Spørgeskema pr brev 2½-3 år efter afslutning. 62% svar
Kbh 1980 (Foldspang 1982)	Indskrevne i perioden 0104-3011 1980, som var etnisk danske og indskrevet mhp afklaring		92	126	43,3 (20-66)	43,5 (19-66)	Journal materiale og registreret ved læge us	Spørgeskema 6-12 mdr efter afslutning. 95 % svar
Århus 95-98 (Eshoj, Tarp, et al. 2001)	Personer henvist til reumatologisk ambulatorium med ikke inflammatorisk bevægeapparat sygdom, hvor læge og patient mistænkte, at der kunne være problemer med fremtidig beskæftigelse.	Cases  Kontroller	85  75	23  18	18-39 43%		Spørgeskema + journalmateriale	Spørgeskema pr brev efter 12 mdr 88% svar
Århus 96-98 (Kvamm & Nielsen 2003)	Samtlige, der startede på revacentret i en 24 mdr. periode		199	55	20-39 43,3%		Registreret ved læge us.	Spørgeskema pr brev 6-10 mdr efter afslutning. 83% svar
Ringkøbing 2001 (Rasmussen & Andersen 2005) (Andersen & Rasmussen 2006)	Personer der i en tre års periode blev henvist til projektet. Før inklusion 1 dag forvisitations undersøgelse, hvor det skulle betragtes som sandsynligt, at personen kunne komme nærmere arbejdsmarkedet.		207	64	42,0 (21-60)	41,2 (21-56)	Spørgeskema	Spørgeskema pr. brev 9 mdr efter afslutning. 70 % besvarelse



	Inklusion	Evt Under-grupper	Antal		Alder		Datamateriale	
			Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Start	Opfølgning
Århus Amt 2001-02 (Drews, Nielsen, et al. 2007)	Personer i 6 kommuner med mere end 21 dages sygemelding i som spørgeskema tilkendegav lav forventning til at kunne vende tilbage til tidligere arbejde. 510 af 1256 ønskede at deltage. Fordeling på indsats og kontrol efter kommune. De, der ikke ønskede at deltage fik tilsendt opfølgningsspørgeskema	Indsats	264 Ligelig kønsfordeling i begge grupper		44 (sd 11)		Spørgeskema og register oplysninger	
		Kontrol	246 + 746		44 (sd 11)		Spørgeskema for de der ønskede deltage og register oplysninger for alle	Registeroplysninger om sygefravær 10 mdr efter. Spørgeskema bl.a SF36
Umeå 84 (Eklund & Fugl-Meyer 199)	Konsekutive patienter ved rehabiliteringscenter. 85% deltager	gennemførte	74	75	32 (sd=10)	37 (sd=11)	Interview, klinisk undersøgelse.	Tlf interview efter 2 år.
Jämtland 92-94(Marnetoft, Selander, et al. 1999; Marnetoft & Selander 2002)	Personer, hvis langtidssygemelding (>90 dage) startede 1992-94, og som deltog i revalidering		366	246	45,8	44,8	Registerdata fra den offentlige sociale forsikring (social försäkring) 12, 24 og 48 mdr 72 % opfølgning 24 mdr.	
Vestsverige 91-94 (Heshmati & Engstrom 2001)	Personer, der modtog sygedagpenge mindst 60dage.	reval	1664		41 (sd 10)		Registerdata med opfølgning til 01. jan 95	
		ej reval	7175		45 (sd 12)			

	Inklusion	Evt Under-grupper	Antal		Alder		Datamateriale	
			Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Start	Opfølgning
Mainz 99-2001 (Beutel, Zwerenz, et al. 2005)	Patienter ved en psykosomatisk hospitaltsklinik. Alder <50, sygefravær >3 mdr seneste år og mindst 2 af følgende: arbejdsløs, jobtilfredshed, nedsat arbejdsevne, interpersonelle konflikter på arbejde. Randomiseret til vanlig behandling eller vanlig behandling + arbejdspraktik	Indsats	50	46	37 (sd 8)		Spørgeskema ved indlæggelse, journaldata	Postomdelt spørgeskema efter 3, 12 og 24 mdr. Responsrate 64, 62 og 75%
		kontrol	46	39	39 (sd 7)			
Stockholm 2000  (Norrefalk, Ekholm, et al. 2006)	Patienter med nonmaligne smerter henvist til rehabiliteringsklinik	Svenskere	30	7	40 (sd =9)		Journal matreial, interview, spørgeskema	Telefon interview efter 1 og 3 år. 88% opfølgning uden forskel på grupperne
		Imigranter	24	6	40 (sd =9)			
Amsterdam 2000(Anema, Steenstra, et al. 2007)	Personer 2-6 uger sygemeldt for lænderyglidelse: +/-arbejdspladtilretning efter 8 uger: +/- gradvis tilbagevenden til arbejde		112	84	42,5(sd=10)		Spørgeskema, interview	Opfølgning 12 mdr. Spørgeskema om helbred.(88%) Registerdata om sygemeldings varighed.(100%)

	Inklusion	Evt Undergrupper	Antal		Alder		Datamateriale		
			Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Start	Opfølgning	
Bergen (Haldorsen, Grasdahl, et al. 2002; Skouen, Grasdahl, et al. 2006)	Personer sygemeldt > 8 uger eller >2 mdr/år i 2 år. Randomiseret til vanlig behandling, og to niveauer af revalideringsindsats.		432	232	43 (sd=10)		Spørgeskema, Fysioterapeutisk undersøgelse	Registerdata vedr. sygedagpenge. 95% opfølgning efter 14 mdr.	
Sherbrooke 91-93 (Loisel, Abenheim, et al. 1997)	Ansatte ved en række firmaer. 28-90 dage sygefravær. Randomisering til +/- Ergonomisk og arbejdsmedicinsk intervention, +/- klinisk intervention		42	62	40,8 (sd = 8)		Spørgeskema, lægeundersøgelse	Spørgeskema og sygemeldingsdata efter 12 mdr. 91% opfølgning.	
US Six-country study(Bloch & Prins 2001)	Personer sygemeldt pga lænderyglidelse. Rekrutteres snarest efter 3 mdr.sygemelding	USA	271	213	42,5 (sd:10)		Registerdata og interview	Registerdata	78
		Holland	167	260	39,9 (sd:10)			og interview	87
		Sverige	331	208	44,2 (sd:10)			2 års	84
		Israel	85	242	39,2 (sd:10)			opfølgning i	60
		Tyskland	147	263	49,3 (sd: 9)			pct	60
		Danmark	303	262	40,5 (sd: 11)				78
Leiden 99-01 (de Buck, le, et al. 2005)	Patienter ved 11 reumatologiske ambulatorier blev randomiseret til vanlig behandling eller særlig indsats.	Indsats	41	33	43 (21-57)				
		Kontrol	38	28	44 (24-58)		Journal materiale, spørgeskema	12 mdr 89/89% 24 mdr 84/81%	

	Inklusion	Evt Under-grupper	Antal		Alder		Datamateriale	
			Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Start	Opfølgning
<u>Massachusetts 98-99.</u> (Allaire, Li, et al.2002; Allaire, Li, et al.2003)	Personer, der var i arbejde, men blev fulgt behandlede for gigtlidelse blev af lægen henvist til projektet. Personer, der i tlf. interview angav bekymring for arbejdsmæssig fremtid indgik i undersøgelsen.	2*1½ time rådgivning	122	81% kvinder i begge grupper	50 år i begge grupper		Telefon interview	Telefon interview hv. 6 md i 4 år.
		Udlevering af trykt information	120					

Bilag 3 Litteraturstudiet Tabel 2: Forsørgelsesmæssig status ved opfølgning:

Studie	Opfølgningstidspunkt	Andel i arbejde		Førtidspension	
		Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Århus 70-72	1977	40% arb/reval	50% arb/reval	35%	30%
Århus 74-75	2½-3 år efter afslutning	22% arb/reval	35% arb/reval		
KBH 1980	6-12 mdr efter afslutning	44.4% arb/reval	32.6% arb/reval		
Århus 95-98	I arbejde efter 12 mdr	Intervention: 60%		7,4 %* fischer exact p <0,05	
		Kontrol: 56%		1,1%	
Århus 96-98	6-10 mdr efter afslut	5,7% ordinært arbejde, 5,7% flex, 7,6% revalidering		50.5%	
Ringkøbing 2000-03	6 mdr efter afslut	6,0 % ordinært arbejde, 8,0% flex, 5,6% revalidering		47.8%	
Århus Amt 01-02	10 mdr	Intervention: 50%			
		Kontrol : 58%			
Umeå 84	2 år	61%			
Sherbrooke 91-93	1 år	Intervention: median 60 dg til raskmelding			
		Kontrol: median 120 dg til raskmelding			
Jämtland 92-94	24 mdr efter start	45% raskmeldte, 21% på reducerede dagpenge			
Vestsverige 91-94	afslutning af sag eller	Reval : 65%			
	010195	Ej reva: 58%			

Studie		Andel i arbejde		Førtidspension	
Mainz 99-01	Uger sygefravær hhv første og andet år efter behandling	Indsats: 3,2 uger 2,7 uger			
		Kontrol: 7,8 uger 7,7 uger			
Leiden 99-01	Fortsat i arbejde 12 og 24 mdr.	Indsats: 81%, 76%			
		Kontrol : 81% 77%			
Stockholm 2000	3 år start	49 %		25%	
Amsterdam 2000	12 mdr	87 % i arbejde			
Six-country 95-96	Andel i arbejde efter 1 hhv 2 år. Pct.		1 år	2 år	Førtidspension efter 2 år
		USA	62	63	25%
		Sverige	53	63	13%
		Holland	73	72	25%
		Israel	49	60	35%
		Tyskland	41	35	25%
		Danmark	32	40	18%
Massachusetts 98-99	48 mdr opfølgning	2*1½ time		80%	
	Andel, der ikke har oplevet at miste arbejdet	rådgivning			
		Udlevering af trykt information		60%	

Bilag 4 Litteraturstudiet Tabel 3 Faktorer ved indskrivningen, der har betydning for status ved opfølgning

	Studie	Parameter	Effekt mål	Effekt størrelse	
				Kvinder	Mænd
Generelt helbred	Ringkøbing 2001	SF 36 Global Health	Førtidspension	Middel VS Godt: OR= 2.8 Dårligt VS Godt: OR= 4.0	
Ryglidelse	Optræningsintitutet KBH 1980	Lænderyglidelse	I arbejde, revalidering eller uddannelse	OR: 0,2 (0,05-0,76)	OR: 0,70 (0,20-2,24)
Psykisk lidelse	Århus 76-78	Psykisk lidelse	I arbejde, revalidering eller uddannelse	ns	OR: 0,3
				Sikkerhedsinterval ikke angivet	
	Optræningsinstituttet Kbh 1979	Psykisk lidelse		ns	OR: 0,2
				Sikkerhedsinterval ikke angivet	
Alder	Århus 74-75	Alder < 35 år	I arbejde, revalidering eller uddannelse	OR: 1,0	OR: 3,0 p<0,05
	Århus 76-78	Alder: ændring pr. 10 års aldersgruppe		0,5/ 10 år	
				Sikkerhedsinterval ikke angivet	
	Kbh 1979	Alder: ændring pr. 10 års aldersgruppe		0,6/ 10 år	0,7/10 år
				Sikkerhedsinterval ikke angivet	
	KBH 1980	Alder < 35		OR: 2.56 (1.36-4.83)	OR: 4,36 (1.81-10.51)
	Århus Amt 2001-02	Aldersgrupper	I arbejde efter 10 mdr	18-29: ref 30-39: OR 1,91 (1,05-3,46) 40-49: OR 1,49 (0,84-2,63) ≥50: OR 1,31 (0,75-2,29)	
	Jämtland 92-94	Alder ved sygemelding	Ingen offentlig ydelse Reduceret ydelse	▼ 7% /år p<0,0001 ▼ 9% /år p<0,0001	
	Stockholm 1998	Sygemelding > 24 mdr VS < 6 mdr	Fuldtid udenfor arbejdsrettede aktiviteter efter 3 år	OR: 2,1 (0,4-11) ikke justeret OR: 1,6 (0,5-16) justeret for køn, etnicitet samt BCW/WCW	

BCW: Blue Collar Worker, dvs produktion, rengøring mm. WCW: White Collar Worker, dvs kontor, administration mm.

	Studie	Parameter	Effektmål	Effektstørrelse	
				Kvinder	Mænd
Ventetid på revalidering	Jämtland 92-94	Ventetid fra sygemelding til revalideringsaktivitet påbegyndes	Ingen offentlig ydelse  Reduceret ydelse	▼ 4,8% /30 dage p=0,05  ▼ 3,6% /30 dage p=0,05	Ingen betydning
	Stockholm 1998	Sygemelding > 24 mdr VS < 6 mdr	Fuldtid udenfor arbejdrettede aktiviteter efter 3 år	OR: 2,1 (0,4-11) ikke justeret OR: 1,6 (0,5-16) justeret for køn, etnicitet samt BCW/WCW	
Etnicitet	Stockholm 1998	Indvandrer VS svensk	Fuldtid udenfor arbejdrettede aktiviteter efter 3 år	OR: 1,1 (0,4-3,0) ikke justeret OR: 1,6 (0,5-5,6) justeret for køn, sygefravær inden samt BCW/WCW	
Arbejdspladstilpasning/Hjælpemidler	Umeå 84	Personen har modtaget hjælpemidler som en del af revalideringsindsatsen	I arbejde efter 2 år	OR: 4,7 (1,1-42) ej justeret	
	Amsterdam 2000	Tilpasning af arbejdsplads	Median varighed af sygemelding, raskmeldte efter 12 mdr.	77 vs 107 dage (p =0.02)  90,6% vs 83 %	

BCW: Blue Collar Worker, dvs produktion, rengøring mm. WCW: White Collar Worker, dvs kontor, administration mm.





## DREAM

DREAM er en forløbsdatabase baseret på data fra Beskæftigelses-, Social- og Undervisningsministeriet, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration samt AMFORA.

Datasættet omfatter samtlige personer der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster fra medio 1991 og frem. Arten af ydelse angives ugevis for hver enkelt person. Basen ajourføres kvartalsvis tre måneder forskudt.

Den ugentlige ydelsesoplysning angiver f.eks., om personen har været ledig, på orlov, på efterløn, syg, på bistandshjælp, været på SU-berettiget uddannelse eller i aktivering. For at kunne analysere personernes afgangsmønstre er registret yderligere suppleret med oplysninger om overgang til førtidspension samt folkepension eller dødsfald før folkepensionsalderen.

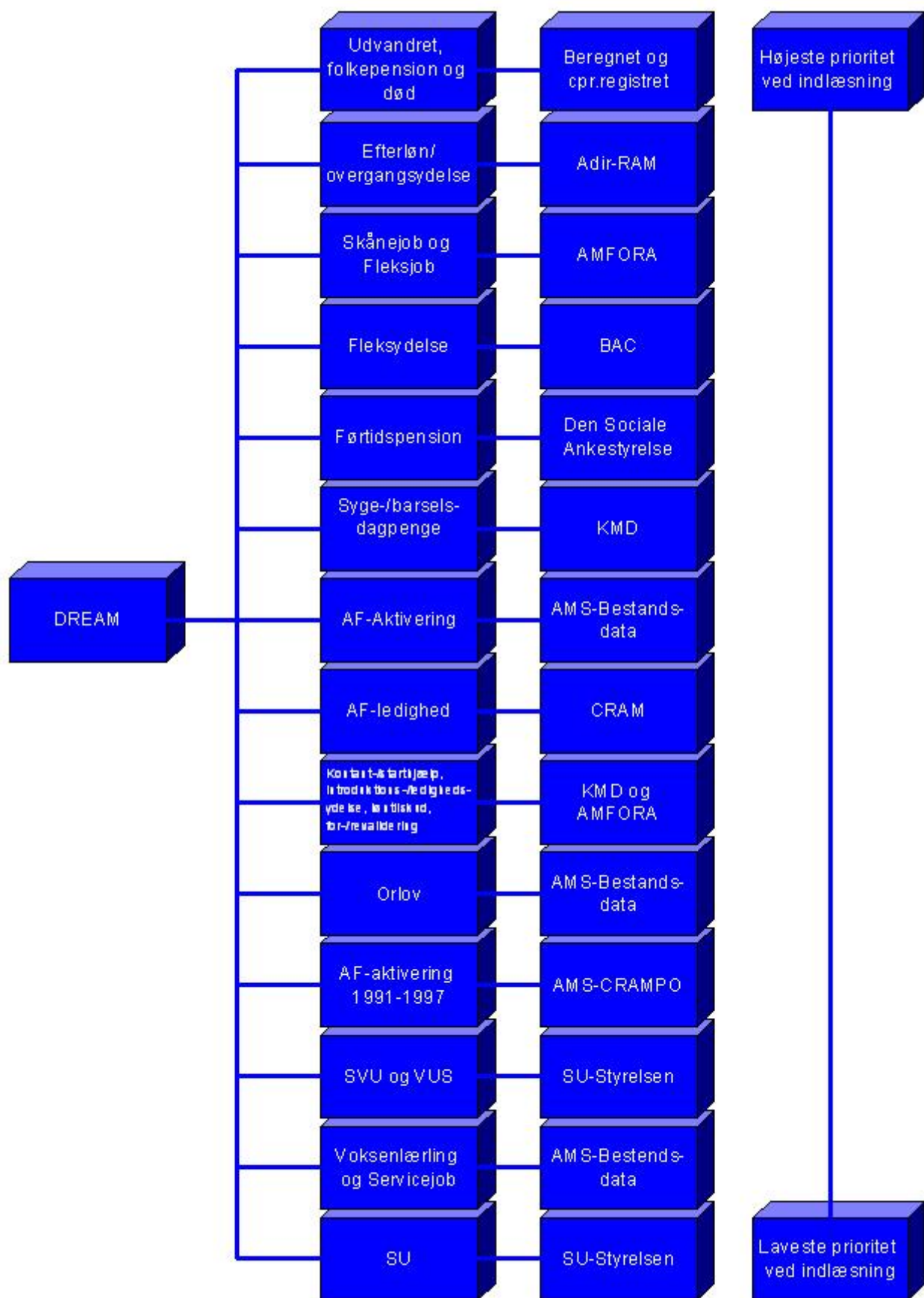
Endelig vedhæftes der en række andre analysevariable. Det drejer sig om oplysninger som etnisk baggrund, civilstand, bopælskommune og a-kasse-tilhørsforhold.

DREAM omfatter i alt ca. 3,7 mio. personer.

Den ugentlige ydelsesoplysning dannes blot personen har været én dag på en ydelse. Da der imidlertid kun kan registres én ugentlige ydelsesoplysning foretages der i nogle tilfælde en overskrivning af koder ved dannelsen af registret. Således har ledighedsoplysninger højere prioritet end kontanthjælpsdata. Derimod har f.eks. sygedagpengedata højere prioritet end aktiveringsoplysninger.

DREAM bør derfor ikke anvendes til bestandsopgørelser, da disse aldrig vil være sammenlignelige med bestandsopgørelser baseret på de oprindelige datakilder.

DREAM er derimod yderst velegnet til forløbsanalyser over tid, hvor der i stedet fokuseres på skift mellem ordninger eller varigheden af givne ydelsesperioder. DREAM anvendes derfor bl.a. til analyser vedr. marginaliseringsomfanget, effektanalyser, estimering af ledighedsancienniteten etc.



## Bilag 6: Registerstudiet: Data-oparbejdning og omkodning

Oparbejdning af data og omkodning af Dream ydelseskoder til niveau koder: NK

I Dream-databasen er der en post for hvert CPR-nummer og et felt for hver uge siden uge 31 1991. Der vil i dette felt være en kode for den ydelse, der er udbetalt. Uger, hvor der ikke er udbetalt ydelse er registreret blank.

I dataoparbejdningen er de blanke primært omkodet til 0.

Hovedparten af koderne er placeret ind på et niveau, jvnf nedenstående.

Ved nogle af koderne er indplaceringen gjort afhængig af det omgivende kodeforløb samt eventuelle oplysninger om dagpengeindplacering og match kodning.

Ferieledig (121-123) er niveaukodet som ugen før ferieledigheden

Barselsdagpenge (881) er tildelt niveauet før barselsdagpengeperioden

Sygedagpenge (891) er kodet afhængig af varigheden:

<9 uger: niveau som ugen før sygedagpengestart.

9-26 uger niveau som ugen før start+1 (max 4)

27-52 uger NK=4

> 52 uger NK=5

voksenuddannelsesstøtte (VUS, SVU: 661, 662) er umiddelbart kodet NK=0, men hvis varigheden er < 7 uger omkodet til NK ugen før start på ydelsen.

Omkodning af uger uden ydelse:

Hvis en person har været uden ydelse i mere end 2 uger og der efter modtager syge- eller arbejdsledighedsdagpenge, må personen have været i arbejde: NK=0

For personer med kendt dagpengeindplaceringsdato er det ud fra ugers ledighed, kalenderuger samt ugers langvarigt sygefravær siden denne beregnet, om personen kan antages at være dagpengeberettiget. Er dette tilfældet, antages personen at være i arbejde, de uger, der ikke modtages ydelse.

Personer, der er på NK = 5, dvs passiv ydelse uden aktivering, og som skifter til ingen ydelse forventes at være uden forsørgelse og sættes fortsat til NK=5

Personer uger, der ikke ved ovenstående har fået tildelt NK og hvor den senest match placering er 4 eller 5 kodes NK=5

## Sorteret efter kodenummer

Ydelsesbetegnelse	niveau	dreamkode
Ingen ydelse	0	.
Fuld ledighed	1	111
Ledighed (>50 pct. i ugen)	1	112
Ledighed (<50 pct. i ugen)	1	113
Fuld ferieledighed	x	121
Ferieledighed (>50 pct. i ugen)	x	122
Ferieledighed (<50 pct. i ugen)	x	123
AF-tilmeldte kth.	4	131
AF-tilmeldte kth., korte vejlednings- og afklaringsforløb	3	132
AF-tilmeldte kth., særligt tilrettelagte projekter	3	133
AF-tilmeldte kth., særligt tilrettelagte uddannelser	3	134
AF-tilmeldte kth., ordinær uddannelse	2	135
AF-tilmeldte kth., virksomhedspraktik	2	136
AF-tilmeldte kth., uoplyst	4	139
AF-tilmeldte introduktionsydelse	4	141
AF-tilmeldte introduktionsydelse, aktivering	3	142
AF-tilmeldte starthjælp	4	143
AF-tilmeldte starthjælp, aktivering	3	144
AF-tilmeldte løntilskud, privat arbejdsplads	2	145
AF-tilmeldte løntilskud, offentlig arbejdsplads	2	146
Løntilskud, privat	1	211
Løntilskud, kommunal	1	212
Løntilskud, amt	1	213
Løntilskud, stat	1	214
Løntilskud, selv.ej.in.	1	215
Løntilskud, særlig-uoplyst	1	216
Virksomhedspraktik	2	221
Korte vejl. og afklaringsforløb	3	222
Særligt tilrettelagt uddannelse	2	224
Ordinær uddannelse	1	225
Puljejob	0	297
ATB/UTB (før 1994)	2	298
Iværksætter- og etableringsydelse	1	299
Sabbat orlov	0	411
Børnepasningsorlov	0	412
Uddannelsesorlov	0	413
Uddannelsesorlov fra ledighed	1	414
Servicejob	0	511
Voksenlærlinge	0	521

	Overgangsydelse	0	611
	Efterløn	0	621
	SU med ydelse	0	651
	SU uden ydelse	0	652
	VUS	0	661
	SVU	0	662
	Danskundervisning uden ydelse	0	710
	Introduktionsydelse	5	711
Introduktionsydelse, korte vejlednings- og afklaringsforløb		4	712
Introduktionsydelse, særligt tilrettelagte projekter		4	713
Introduktionsydelse, særligt tilrettelagte uddannelser		3	714
Introduktionsydelse, ordinær uddannelse		1	715
Introduktionsydelse, virksomhedspraktik		2	716
Introduktionsydelse, danskundervisning		4	717
Introduktionsydelse, særligt tilrettelagt danskundervisning		5	718
Introduktionsydelse, samfundsforståelse		4	719
Starthjælp		5	721
Starthjælp, korte vejlednings- og afklaringsforløb		4	722
Starthjælp, særligt tilrettelagte projekter		4	723
Starthjælp, særligt tilrettelagte uddannelser		4	724
Starthjælp, ordinær uddannelse		1	725
Starthjælp, virksomhedspraktik		2	726
Kontanthjælp		5	731
Kontanthjælp, korte vejlednings- og afklaringsforløb		3	732
Kontanthjælp, særligt tilrettelagte projekter		4	733
Kontanthjælp, særligt tilrettelagte uddannelser		3	734
Kontanthjælp, ordinær uddannelse		1	735
Kontanthjælp, virksomhedspraktik		2	736
Kontanthjælp, uoplyst		5	739
Ledighedsydelse		2	741
Ledighedsydelse, korte vejlednings- og afklaringsforløb		2	742
Ledighedsydelse, særligt tilrettelagte projekter		3	743
Ledighedsydelse, særligt tilrettelagte uddannelser		3	744
Ledighedsydelse, virksomhedspraktik		2	746
Ledighedsydelse, uoplyst		2	749
Løntilskud, offentlig arbejdsplads, kontanthjælp/starthjælp		2	751
Løntilskud, privat arbejdsplads, kontanthjælp/starthjælp		1	752
Løntilskud (Praktikløn under udd.), ordinær uddannelse, kontanthjælp/starthjælp		1	753
Løntilskud, offentlig arbejdsplads, introduktionsydelse		2	754
Løntilskud, privat arbejdsplads, introduktionsydelse		1	755

Løntilskud, uoplyst arbejdsplads, introduktionsydelse	1	756
Løntilskud, ordinær uddannelse, introduktionsydelse	1	757
Løntilskud, revalidering	0	758
Løntilskud, uoplyst	2	759
Skånejob, offentlig arbejdsplads	0	761
Skånejob, privat arbejdsplads	0	762
Skånejob, uoplyst	0	769
Fleksjob, offentlig arbejdsplads	0	771
Fleksjob, privat arbejdsplads	0	772
Fleksjob, selvstændige	0	773
Fleksjob, uoplyst	0	779
Forrevalidering	1	791
Revalidering	0	792
Førtidspension	0	793
Skoleydelse	2	794
Sociale service love	0	795
Fleksydelse	0	796
Barseldagpenge	x	881
Sygedagpenge	x	891
Sygedagpenge, delvist raske	1	892
Sygedagpenge, fra ledighed	2	893
Sygedagpenge, under aktivering	2	894
Ikke bosiddende i Danmark	0	997
Folkepension	0	998
Død	0	999

Bilag 7: Registerstudiet: Aldersfordelte ydelsesgrupper ½ år før og 1 år efter start på Reva.

Tabel 1 Ydelsesgrupper ½ før start på reva; kommunalt henviste

	Aldersgruppe						Total
	19-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
formodet i arbejde	0	5 1.92	17 3.33	19 3.32	24 5.87	1 5.00	66 3.70
uddannelse	0	5 1.92	0	3 0.52	1 0.24	0	9 0.50
flex	0	1 0.38	4 0.78	20 3.49	13 3.18	1 5.00	39 2.18
forrevalidering/reval	0	28 10.73	39 7.63	17 2.97	9 2.20	0	93 5.21
pension efterløn mm	2 16.67	3 1.15	5 0.98	8 1.40	17 4.16	1 5.00	36 2.02
praktik/løntilskud	0	13 4.98	12 2.35	9 1.57	4 0.98	0	38 2.13
orlov	0	0	0	1 0.17	0	0	1 0.06
ledighed	0	2 0.77	6 1.17	7 1.22	14 3.42	1 5.00	30 1.68
sygedagpenge/barsel	0	89 34.10	245 47.95	314 54.80	246 60.15	9 45.00	903 50.56
kontanthjælp	7 58.33	99 37.93	169 33.07	159 27.75	72 17.60	6 3	512 28.67
usikker forsørgelse	0	15 5.75	14 2.74	16 2.79	9 2.20	1 5.00	55 3.08
udrejst/død	0	1 0.38	0	0	0	0	1 0.06
under 18 ingen ydelse	3 25.00	0	0	0	0	0	3 0.17
Total	12 1	261	511	573	409	20	1,786

Tabel 2 Ydelsesgrupper 1½ efter start på reva; kommunalt henviste

	Aldersgruppe						Total
	19-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
01 formodet i arbejde	1 11.11	12 5.43	13 3.04	15 3.28	6 1.96	0	47 3.28
02 flex	0	24 10.86	99 23.13	115 25.11	88 28.76	1 11.11	327 22.85
02Uddannelse	0	1 0.45	1 0.23	0	0	0	2 0.14
03 forrevalidering/reval	3 33.33	53 23.98	63 14.72	35 7.64	11 3.59	0	165 11.53
05pension efterløn mm	2 22.22	41 18.55	101 23.60	164 35.81	159 51.96	6 66.67	473 33.05
07 praktik/løntilskud	0	3 1.36	9 2.10	8 1.75	0	0	20 1.40
08 ledighed	0	2 0.90	2 0.47	6 1.31	2 0.65	0	12 0.84
09sygedagpenge/barsel	0	9 4.07	17 3.97	16 3.49	2 0.65	0	44 3.07
10 kontanthjælp	3 33.33	66 29.86	95 22.20	76 16.59	20 6.54	1 11.11	261 18.24
11 usikker forsørgelse	0	9 4.07	26 6.07	20 4.37	6 1.96	1 11.11	62 4.33
12 udrejst/død	0	1 0.45	2 0.47	3 0.66	12 3.92	0	18 1.26
13 Total	9	221	428	458	306	9	1,431



Table 3 Ydelsesgrupper ½ før start på reva; AF henviste

	Aldersgruppe					Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60	
formodet i arbejde	13 17.11	16 9.64	24 11.59	24 11.01	1 12.50	78 11.56
flex	1 1.32	0	0	0	0	1 0.15
uddannelse	3 3.95	1 0.60	2 0.97	0	0	6 0.89
forrevalidering/reval	0	0	1 0.48	0	0	1 0.15
pension efterløn mm	1 1.32	0	0	1 0.46	0	2 0.30
praktik/løntilskud	6 7.89	11 6.63	22 10.63	32 14.68	2 25.00	73 10.81
orlov	0	5 3.01	0	0	0	5 0.74
ledighed	27 35.53	80 48.19	104 50.24	99 45.41	3 3 7.50	313 46.37
sygedagpenge/barsel	14 18.42	29 17.47	30 14.49	37 16.97	2 25.00	112 16.59
kontanthjælp	9 11.84	21 12.65	19 9.18	24 11.01	0	73 10.81
usikker forsørgelse	2 2.63	3 1.81	4 1.93	1 0.46	0	10 1.48
udrejst/død	0	0	1 0.48	0	0	1 0.15
Total	76	166	207	218	8	675

Tabel 4 Ydelsesgrupper 1½ efter start på reva; AF henviste

	Aldersgruppe					Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60	
formodet i arbejde	12 17.91	28 19.05	26 15.38	22 11.83	1 14.29	89 15.45
uddannelse	1 1.49	6 4.08	0	0	0	7 1.22
flex	5 7.46	4 2.72	22 13.02	31 16.67	0	62 10.76
forrevalidering/reval	10 14.93	7 4.76	9 5.33	1 0.54	0	27 4.69
pension efterløn mm	0	1 0.68	10 5.92	21 11.29	4 57.14	36 6.25
praktik/løntilskud	2 2.99	7 4.76	10 5.92	11 5.91	0	30 5.21
orlov	0	0	1 0.59	0	0	1 0.17
ledighed	10 14.93	36 24.49	23 13.61	51 27.42	0	120 20.83
sygedagpenge/barsel	8 11.94	30 20.41	36 21.30	25 13.44	1 14.29	100 17.36
kontanthjælp	10 14.93	15 10.20	15 8.88	14 7.53	1 14.29	55 9.55
usikker forsørgelse	7 10.45	11 7.48	16 9.47	9 4.84	0	43 7.47
udrejst/død	2 2.99	2 1.36	1 0.59	0	0	5 0.87
Total	67	147	169	186	7	575

## Summary in English

Title: The effect of clarifying courses at a Danish Vocational Rehabilitation Centre.

Gert Thomsen; MD

This thesis consists of three parts:

- 1) A literature review
- 2) A register-based study on the changes in the social benefits before and after attending a (VRC).
- 3) A qualitative interview study on the participants' experience

Part 1: The focus of the literature study is on predictors for return to work after long term sickness absence, especially regarding the effects of vocational rehabilitation and other non medical interventions. Surprisingly few controlled studies could be identified from outside USA. A meta analysis on mostly US RCT's have shown an effect of about 10% higher return rate in the intervention groups. A list of possible predictors was extracted.

Part 2: The aim of part 2 was to evaluate to what extent participating a course on the VRC lead to clarification of the future maintenance situation, whether in an ordinary or a subsidized job, or on a social pension. Participant data from the VRC were linked to the register database DREAM. The DREAM database contains information on the types of social benefit paid by the state or the municipality to any citizen any week since 1991.

The VRC runs courses for two groups

- a) for people on sick leave or social welfare referred by the municipality
- b) for unemployed referred by the employment service

Results after 18 months

- a) had a high degree of change: 33% received disability pension, 23 % got a subsidized job 12% had a rehabilitation plan.
- b) had less marked changes: 6% got a disability pension 10% got a subsidized job, 5 % had a rehabilitation plan.

Multivariate analysis showed following risk factors for unfavourable result:

Group a: few years in ordinary job

Group b: high age, non-west-european

It is concluded, that the DREAM-database is useful for long term follow up on the maintenance situation.

Part 3: Interviews with 5 former participants showed that more of these found the work-testing highly irrelevant regarding their skills, and more had difficulties in their co-operation with the social advisor at the municipality.