



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

**Aalborg Universitet**

## **Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere?**

Sieling-Monas, Stella Mia

*Publication date:*  
2018

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*  
Sieling-Monas, S. M. (2018). *Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere?* Aalborg Universitetsforlag.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



# **FOR SYG TIL AT VÆRE RASK - MEN RASK NOK TIL AT ARBEJDE?**

EN EVALUERING AF REHABILITERENDE BESKÆFTIGEL  
SESINDSATSER FOR MODTAGERE AF SYGEDAGPENGE

**AF  
STELLA MIA SIELING-MONAS**

PH.D. AFHANDLING 2018



AALBORG UNIVERSITET



# **FOR SYG TIL AT VÆRE RASK - MEN RASK NOK TIL AT ARBEJDE?**

**EN EVALUERING AF REHABILITERENDE  
BESKÆFTIGELSESSINDSATSER FOR MODTAGERE AF  
SYGEDAGPENGE**

Skrevet af

Stella Mia Sieling-Monas



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

Afhandlingen er indleveret den 21.03.2018

Ph.d. indleveret: 21.03.2018

Ph.d. vejleder: Professor MSO, Thomas Bredgaard  
Institut for Statskundskab  
Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejleder: Forskningsleder, Jacob Nielsen Arendt  
Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Professor Emeritus Per Kongshøj Madsen  
Aalborg Universitet (formand)  
Lektor Signe Pihl-Tingvad  
Syddansk Universitet  
Første Amanuensis Dag Olaf Torjesen  
Universitet i Agder

Ph.d. serie: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet,  
Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-1256  
ISBN (online): 978-87-7112-972-4

Udgivet af:  
Aalborg Universitetsforlag  
Skjernvej 4A, 2. sal  
9220 Aalborg Ø  
Tlf. 9940 7140  
aauf@forlag.aau.dk  
forlag.aau.dk

© Copyright: Stella Mia Sieling-Monas

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2018

Normalsider: 247,3 sider (á 2.400 anslag inkl. mellemrum).

# FORFATTEREN

## Erhvervserfaring

- 2017 - Adjunkt, Københavns Professionshøjskole
- 2012 - 2012 Forskningsassistent, KORA
- 2011 - 2012 Specialestuderende, AKF
- 2009 - 2012 Studentermedarbejder, AKF



## Uddannelse & Forskningsophold

- 2013 – 2017 Ph.d.-stipendiat, Aalborg Universitet
- 2014 - 2014 Gæsteforsker ved AIAS, Universiteit van Amsterdam
- 2010 - 2012 Kandidatuddannelsen i sociologi, Københavns Universitet
- 2010 - 2010 Sociology & European Societies, Freie Universität, Berlin
- 2008 - 2010 Bacheloruddannelsen i sociologi, Københavns Universitet
- 2006 - 2008 Int. humanistisk basisuddannelse, Roskilde Universitet

Stella Mia Sieling-Monas er uddannet cand.scient.soc. fra Københavns Universitet. Hendes primære forskningsinteresser bevæger sig i feltet mellem beskæftigelsespolitik, socialt arbejde, inklusion og eksklusion på arbejdsmarkedet, socialt udsatte, samt kombinationen af kvalitative og kvantitative metoder indenfor forskning og evaluering på social- og beskæftigelsesområdet.





# ENGLISH SUMMARY

This report concludes several years of research work carried out as part of a Ph.D.-project concerned with the evaluations of *what works for whom for people on sickness benefits*. The publication at hand includes a monograph of the research work followed by two articles written during the research period of 2013-2017.

The primary area of interest for this dissertation is to evaluate rehabilitating return-to-work interventions for recipients of sickness benefits. The ambition behind the project has been to not only shed light on evidence of what kind of interventions work, but to an equal extent also to demonstrate how, why, and for whom they work. The dissertation applies an evaluation design inspired by the concepts of *realistic evaluation* and incorporates a mixed method design in its approach to the central research questions. A realistic evaluation is a theory driven approach to evaluation, centered on the use of a program theory that makes explicit the assumptions about an intervention, and how the chosen activities in a program are believed to lead to desired outcomes. The empirical foundation of the research consists of an online survey, an impact analysis of register data, and 40 interviews with frontline professionals and individual clients on sick leave. The dissertation undertakes the investigation of the formulated research questions by analyzing the vast empirical material in three different steps. The analysis is divided into subthemes for structural purposes and thus concerns itself with first mapping out the organization and content of the interventions for sickness benefit recipients on a national scale, and shedding light on experiences and central assumptions on which the work within the municipal jobcenters are based. Secondly, the analysis looks closer at the impacts of chosen interventions and furthers a discussion about different impact for different clients. Lastly, the analysis takes on an investigation of what central mechanisms can be used to explain results of different intervention form and what contextual factors are crucial to the activation of said central mechanisms. The analysis establishes a relationship between the type of intervention a client participates in and their subsequent employment- and sickness rate. Factors such as previous condition, age and educational level influence the strength of these relationships. Further, the analysis and discussion undertakes the mechanisms and contextual conditions of selected interventions and demonstrates how several *common factors* across activities offer an explanation of impacts based on relational, personal and structural conditions combined.



# DANSK RESUMÉ

De seneste årtier har budt på et stigende lovgivningsmæssigt og politisk fokus på *aktivgørelsen* af modtagerne af sygedagpenge. Igennem en løbende udvidelse af de lovgivningsmæssige rammer, mødes sygemeldte i dag med krav om deltagelse i forskellige rehabiliterende tilbud, i forsøget på at hjælpe dem hurtigst muligt tilbage til raskmelding og ultimativt til selvforsørgelse. Denne udvikling er sket sideløbende med et stigende fokus på evaluering og evidens inden for sociale og beskæftigelsesrettede indsatser, med dertil formulerede krav på viden om, *hvad der virker*. En række kvalificerede forsøg på at undersøge området og tilfredsstille den begrundede søgen efter disse svar igennem de seneste år, byder dog ikke på entydige resultater og løsninger på de relativt komplekse problemstillinger, som området omfattes af.

Dette forskningsprojekt undersøger, hvilke indsatser som virker over for hvilke grupper af sygemeldte borgere. Projektet fokuserer på at forstå og forklare, hvornår og hvorfor virkninger opstår, samt under hvilke omstændigheder. Forskningsprojektet tager udgangspunkt i en evalueringsmodel, som er inspireret af en teoridreven tilgang til evaluering. Dette sker med afsæt i formulerede programteorier bestående af formulerede antagelser om indsatsernes centrale aktiviteter, mekanismer og resultater. Disse antagelser gøres til genstand for empirisk efterprøvning i afhandlingen, igennem et tværmotodisk evalueringsdesign. Afhandlingen kombinerer et litteraturstudie, en spørgeskemaundersøgelse, en registerdataanalyse og kvalitative interviews i tre udvalgte danske kommuner. Det omfattende empiriske materiale sættes i spil i analysen sammen med programteorien, for at belyse og forklare udvalgte dele af den skitserede problemstilling.

Afhandlingens analyse er bygget op omkring tre temaer. Hver især besvarer de delspørgsmål, som relaterer sig til den overordnede problemstilling. Først kortlægges den landsdækkende indsats for sygemeldte borgere, og der foretages en analyse af hvilke centrale antagelser om virkninger, som de kommunale jobcentre baserer deres arbejde på. Dernæst analyseres effekterne af to udvalgte tilbudstyper for forskellige undergrupper af sygemeldte, målt på den efterfølgende påvirkning af borgernes sygdoms- og beskæftigelsesgrad. Dernæst fokuserer analysen på at identificere, hvilke underliggende virksomme mekanismer der er på spil i indsatserne, og medvirker til at føre til de påviste resultater. Afslutningsvis analyseres hvilke kontekstuelle faktorer på borgerniveau og i beskæftigelsessystemet, der er afgørende for at indsatserne opnår de forventede resultater. Således kommer analysen samlet set

rundt om hele den overordnede problemstilling i afhandlingen; nemlig at undersøge *hvilke rehabiliterende beskæftigelsesrettede indsatser, som virker for hvilke sygemeldte borgere, samt forklare hvorfor og under hvilke omstændigheder, disse virkninger opstår.*

Det konkluderes på baggrund af afhandlingens analyser, at det er muligt at konstatere en positiv sammenhæng mellem borgerens deltagelse i to udvalgte indsatstyper; fysioterapeutisk træning og virksomhedspraktik og deres efterfølgende sygemeldings- og beskæftigelsesgrad. Afhandlingen identificerer i denne forbindelse en række afgørende underliggende mekanismer og såkaldte moderatorer for begge indsatstyper, som de forklarende årsager til de påviste effekter. Dertil behandles de kontekstuelle forhold, som i afhandlingens empiri udpeges som betingende for indsatsernes virkning.

I tillæg til disse konklusioner, fremfører afhandlingen endnu et perspektiv på, hvilke indsatser der virker, i forsøget på at hjælpe sygemeldte borgere tilbage til arbejdsmarkedet. Ved at definere en række tværgående betingelser, som rækker ud over selve indsatsernes konkrete aktiviteter, bidrager afhandlingen med nye antagelser om, hvorfor og hvornår positive virkninger opstår. Resultaterne af afhandlingen peger således på en række individuelle, relationelle og system-betingede faktorer, som i et samspil med de konkrete aktiviteter, hjælper med at forstå hvorfor og hvornår beskæftigelsesrettede indsatser virker efter hensigten. Resultaterne bidrager til en forståelse af, at beskæftigelsesindsatser for borgere med komplekse problemstillinger må forstås, gennemføres og studeres med et bredere fokus end blot ønsket om at definere, hvilken aktivitet der kausalt medfører en ønsket effekt.

Konklusionerne fra afhandlingen inddrages til sidst i en perspektiverende diskussion, som også forholder sig kritisk til den frembragte videns begrænsninger og anvendelighed i praksis. Forskningsprojektet er formidlet i en kombinationsmodel, som inkluderer to artikler og en monografi.

# FORORD OG TAK

Denne afhandling er produktet af et ph.d.-projekt, som er gennemført i samarbejde mellem Aalborg Universitet og konsulentvirksomheden Quick Care. Samarbejdet opstod ud fra et gensidigt ønske om at blive klogere på, hvad der medvirker til at hjælpe sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet. Projektet begyndte i 2013, i lyset af et stigende politisk fokus på evidens i beskæftigelsesindsatsen, koblet med reformer og lovgivningsmæssige stramninger på området, som tilsammen har sikret projektets fortsatte aktualitet.

Aftalen om samfinansiering har betydet, at der forud for projektets opstart forelå en række ambitioner for projektets udformning, formuleret af Institut for Statskundskab ved AAU og konsulentvirksomheden Quick Care. Man ønskede et projekt med fokus på indsatser for sygedagpengemodtagere, som arbejdede med at udvikle en evalueringsmodel, der kunne favne beskæftigelsesområdets kompleksitet og være i stand til at belyse såvel effekter som processer i indsatserne. Sidst men ikke mindst var det en del af projektets opdrag, at afhandlingen skulle foretage en kritisk og systematisk evaluering af de indsatser, som blev gennemført i regi af Quick Care.

Min opgave som forsker har således efterfølgende været at præcisere fokus og formål med afhandlingen, samt udarbejde projektdesign og metodisk fremgangsmåde. Herunder arbejdet med at definere den nærmere målgruppe for projektet (sygemeldte i kategori 2), præcisere projektets fokusområder (hvad virker for hvilke borgere og under hvilke omstændigheder), udvælge de konkrete indsatstyper (virksomhedspraktik og fysioterapeutisk træning), udvælge samarbejdskommuner (Helsingør, Silkeborg og Holbæk), tilrettelægge det nærmere evalueringsdesign (inspireret af virkningsevaluering) og foretage de præcise metodevalg (survey, effektmåling og interview). Ligeledes har det været min opgave, at udvælge de teoretiske perspektiver som inddrages i analysearbejdet, ligesom det alene har været min vurdering og beslutning, hvilke præcise områder der blev gjort til genstand for nærmere analyse, samt hvilke konklusioner der blev draget som resultat af analysearbejdet.

Tak til Quick Care for et velfungerende samarbejde, som har bidraget til gode arbejdsbetingelser undervejs i projektet. Det er min oplevelse, at det lykkedes os at finde den rette balance i samarbejdet, og en gensidig respekt for hinandens opgaver. Det har været en stor fordel at lade min forskning udfordre af jeres blik for praksis

undervejs, og blive tvunget til at oversætte mine betragtninger til mere anvendelsesorienterede pointer.

Dernæst tak til min hovedvejleder Thomas Bredgaard, professor MSO ved Aalborg Universitet, som med sit engagement i mit projekt har udfordret mig på mine antagelser, og har tvunget mig til at argumentere for alle til- og fravalg i processen. Også en stor tak til min bivejleder ved Rockwool Fonden, forskningsleder Jacob Nielsen-Arendt, for tålmodig og absolut nødvendig vejledning i forbindelse med projektets kvantitative analyser. Man kan muligvis ikke lære en gammel hund nye tricks, men man kan åbenbart godt gøre en kvalitativ sociolog en lille smule klogere på registerdata. Taknemmelighed skal også rettes mod mine kollegaer på Aalborg Universitet, særligt i Forskningscenter for Evaluering (FCE) og Center for Arbejdsmarkedsforskning (CARMA), som løbende har stillet sig til rådighed med sparring og opmuntring. Tak til mine ph.d.-kollegaer på kontoret i Sydhavnen, som både fagligt og socialt har været med til at gøre tilværelsen som ph.d.-studerende langt mindre ensom, end den ellers har ry for at være.

En afhandling som denne bliver ikke til, uden hjælp fra de personer, som det hele drejer sig om. Derfor en oprigtig tak til de borgere og professionelle i kommunerne og hos Quick Care, som på hver deres måde har taget sig tid til at dele deres erfaringer med mig. Jeg er spændt på, hvorvidt mine betragtninger og resultater formår at yde jeres store indsats retfærdighed.

Til allersidst en kærlig tak til de vigtigste: min mand, mine forældre, samt øvrige familie og venner, som på hver deres måde har hjulpet mig med at holde tungen lige i munden undervejs, og som har knoklet for at give mig et frirum til at arbejde, når deadlines pressede sig på. Og så selvfølgelig til min datter, som meldte sin ankomst få måneder før oprindelig afleveringsdato, og på den måde bidrog til erkendelsen af, at hverken forskningsproces eller tilværelse lader sig fastlægge hundrede procent på forhånd.

Ansvar for fejl og mangler i afhandlingen er naturligvis alene forfatterens. God læselyst!

Stella Mia Sieling-Monas

København, vinteren 2018

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Kapitel 1: Om sygdom og arbejde</b>	<b>- 2 -</b>
1.1 Indledning: Et problemfelt i bevægelse	- 2 -
1.2 Definition af projektets målgruppe	- 6 -
1.3 Hvad ved vi om beskæftigelsesindsatsen for sygemeldte?	- 11 -
1.4 Forskningstemaer og formidlingsform	- 16 -
<b>Kapitel 2: Forståelser af sygdom og arbejde</b>	<b>- 20 -</b>
2.1 Opbygning af kapitlet	- 20 -
2.1.1 Sygdom og arbejde	- 21 -
2.1.2 Fra privatsag til samfundsanliggende	- 23 -
2.1.3 Arbejdsrettet rehabilitering	- 26 -
2.2 Sygdom, mestring og forhandling	- 30 -
2.3 Mennesker flytter mennesker	- 33 -
2.4 Opsummering	- 37 -
<b>Kapitel 3: Evalueringsteori og undersøgelsens evalueringsdesign</b>	<b>- 40 -</b>
3.1 Vilde problemer på komplekse områder	- 40 -
3.2 Bro mellem skyttegravene	- 42 -
3.3 Virkningsevaluering på sygedagpengeområdet	- 46 -
3.3.1 Videnskabsteori i virkningsevaluering	- 52 -
3.4 Opsummering	- 55 -

<b>Kapitel 4: Quick Care som Case</b>	<b>- 56 -</b>
4.1 Et samfinansieret forskningsprojekt	- 56 -
4.2 En privat aktør i sygedagpengeindsatsen	- 58 -
4.2.1 Casetype, fordele og udfordringer	- 60 -
4.3 Evaluering med programteori	- 63 -
4.3.1 Programteori for Quick Care	- 64 -
4.3.2 Fysioterapeutisk Træningsindsats	- 68 -
4.3.3 Virksomhedspraktik	- 73 -
4.4 Opsummering	- 75 -
<b>Kapitel 5: Metoder til evaluering af sygedagpengeindsatsen</b>	<b>- 76 -</b>
5.1 Projektets metoder	- 76 -
5.2 Test af indsatsernes programteorier	- 78 -
5.2.1 Litteraturstudie	- 80 -
5.2.2 Spørgeskemaundersøgelse	- 81 -
5.2.3 Register- og survey-data	- 83 -
5.2.4 Interview og Fokusgrupper	- 91 -
5.3 Opsummering	- 95 -
<b>Kapitel 6: analyse og diskussion</b>	<b>- 98 -</b>
6.1 Analysestrategi	- 98 -
6.2 Analysetema A: Kortlægning og antagelser	- 101 -
6.2.1 Tilbudsvifte og visitationsgrundlag	- 102 -
6.2.2 Jobcentrenes viden og antagelser om, hvad der virker	- 114 -



6.2.3 Opsummering	- 118 -
6.3 Analysetema B: Hvad virker for hvem?	- 120 -
6.3.1 Effekt af to udvalgte indsatser	- 120 -
6.3.2. Delmål og langsigtede effekter	- 133 -
6.3.3 Forskellige borgere, forskelligt udbytte	- 138 -
6.4 Analysetema C: Hvorfor og hvornår opstår virkningerne?	- 146 -
6.4.1 Indsatsernes mekanismer	- 147 -
6.4.2 Modererende faktorer i indsatserne	- 156 -
6.4.3 Borgernes forudsætninger	- 164 -
6.4.4 Den systemiske kontekst	- 172 -
6.5 Opsummering	- 180 -
<b>Kapitel 7: Konklusioner og perspektivering af resultaterne</b>	<b>- 184 -</b>
7.1 Afhandlingens konklusioner	- 184 -
7.2 Vidensbidrag og perspektivering	- 189 -
7.3 Anvendelse af resultaterne	- 195 -
<b>Litteraturliste</b>	<b>- 200 -</b>
<b>Bilagsoversigt</b>	<b>- 218 -</b>
<b>Artikeloversigt</b>	<b>- 238 -</b>



# OVERSIGT OVER TABELLER OG FIGURER

## Kapitel 1

Figur 1.1: Illustration af sygedagpengeforløb.

Tabel 1.1: Udvikling i antallet af sygemeldte enkeltpersoner fra 2008-2014.

Tabel 1.2: Udvikling i antallet af sygemeldte enkeltpersoner fra 2013-2016.

## Kapitel 2

Figur 2.1: Illustration af ICF-Modellen.

Tabel 2.1: Sygedagpengemodtageres copingstrategier.

## Kapitel 3

Figur 3.1: Illustration af programteori.

## Kapitel 4

Figur 4.1: Quick Care som samlet organisation.

Figur 4.2: Programteori for fysioterapeutisk træningstilbud.

Figur 4.3: Programteori for virksomhedspraktik.

## Kapitel 5

Figur 5.1: Illustration af projektdesign.

## Kapitel 6

Figur 6.1: Illustration af analysestrategi

Figur 6.2: Svarfordeling fra lederskema, om grundantagelser bag indsatsen.

Figur 6.3: Svarfordeling fra lederskema, om tilbudsoprettelser og indkøb.

Figur 6.4: Svarfordeling fra sagsbehandlerskema, om visitationsgrundlaget.

Tabel 6.1: Svarfordeling blandt sygedagpengelederne, om evaluering af indsatser.

Tabel 6.2: Oversigt over borgere i forskellige tilbudstyper.

Tabel 6.3: Fordeling af gennemsnit i to grupper, på valgte sammenligningsparametre.

Tabel 6.4: Estimeret sammenhæng mellem indsats og efterfølgende tid på sygedagpenge.

Tabel 6.5: Estimeret sammenhæng mellem indsats og efterfølgende tid i beskæftigelse.

Tabel 6.6: Estimeret sammenhæng mellem indsats og efterfølgende lægemiddelforbrug.



# KAPITEL 1: OM SYGDOM OG ARBEJDE

## 1.1 INDLEDNING: ET PROBLEMFELT I BEVÆGELSE

Denne afhandling har som hovedformål at undersøge, hvilke typer af rehabiliterende beskæftigelsesrettede indsatser, der virker over for forskellige grupper af borgere på sygedagpenge. Afhandlingen ønsker at undersøge, hvorfor eventuelle virkninger af de aktive indsatser opstår, samt at udpege hvilke omstændigheder og betingelser, der er afgørende herfor.

Udgangspunktet for forfølgelsen af ovenstående spørgsmål har været, at man i beskæftigessystemet igennem en årrække har intensiveret den aktive beskæftigelsesindsats, over for modtagere af sygedagpenge. Denne intensivering sigter mod at bringe sygemeldte borgere hurtigst muligt tilbage til raskmelding og deltagelse på arbejdsmarkedet ud fra en antagelse om, at dette betaler sig for såvel den enkelte som for samfundsøkonomien (Rehwald, Rosholm & Rouland, 2016). Dette mål søges indfriet igennem arbejdsmarkedsrettede aktiviteter, som den sygemeldte borger er forpligtet til at deltage i, som forudsætning for at modtage sygedagpenge. Således har udviklingen på området for sygemeldte på mange måder fulgt den tendens i den samlede beskæftigelsesindsats, der i faglitteraturen flere steder omtales som *aktivlinjen* (Larsen & Andersen, 2003; Torfing, 2004; Bredgaard et al. 2011; Jacobi, 2013). Med aktivlinjen forskydes det primære sigte med social- og beskæftigelsespolitikken, fra primært at skulle sikre individet et rimeligt forsørgelsesgrundlag igennem en statslig omfordeling af ressourcer i form af velfærdsydelser, til et fokus på at øge arbejdskraftudbuddet igennem incitamenter til at finde og fastholde arbejde, eksempelvis en reduktion af forsørgelsesydelse og stramninger af adgangskravene til selvsamme (Torfing, 2004). Udviklingen er flere steder i litteraturen koblet til en overgang fra socialpolitik til beskæftigelsespolitik (Caswell, 2005), hvor arbejdsmarkedsdeltagelse i stigende grad anskues som løsningen på både sociale, integrations- og helbredsmæssige problematikker (Skals, 2016).

Det er afsættet for afhandlingen, at sygdom og derpå følgende uarbejdsdygtighed har indvirkninger på både individuelt og samfundsmæssigt niveau. Langvarig og til tider kompliceret sygdom har konsekvenser for de personer, som berøres heraf, i form af generelt nedsat livskvalitet, et reduceret forsørgelsesgrundlag, samt en øget risiko for

tidlig permanent tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (Rehwald, Rosholm & Rouland, 2016). Uarbejdsdygtighed grundet sygdom har ligeledes samfundsmæssige konsekvenser, fordi det dels reducerer udbuddet af arbejdskraft og dels øger udgifterne til offentlige ydelser og til behandling i sundhedsvæsenet (Høgelund, 2012; DSI, 2010:23). Når sygdom medfører uarbejdsdygtighed, følger risici i forhold til den enkeltes tilknytning til arbejdsgiver, for arbejdsgiverens tab af arbejdskraft og know-how, for de samlede udgifter forbundet med sygefraværet, samt for den potentielle eksklusion fra deltagelse i et felt, som for størstedelen af os er forbundet med sociale relationer og samtidig ofte fungerer som identitetsmarkør (Dall, 2015:268). Således ses argumenter for at undersøge, på hvilke måder sygdom og uarbejdsdygtighed som følge af sygdom kan minimeres og afkortes på bedst mulig vis, til fordel for såvel den sygdomsramte som for arbejdsgiverne og for samfundet.

Ovenstående argumenter har da også igennem en årrække været lagt til grund for beslutninger og reformer (også) på sygedagpengeområdet (Rosholm & Svarer, 2010). De knapper, som man politisk har forsøgt at skrue på for at sikre, at så få borgere sygemeldes i så kort tid som muligt, har fokuseret på en øget aktivgørelse og en stigning i kravene til hver enkelt sygemeldt borger (Jacobi, 2013:115-118) samt på indførelsen af sanktioner mod forskellige grupper af ydelsesmodtagere (Bredgaard, 2011; Caswell, Larsen & Sieling-Monas, 2015).

Sideløbende med intensiveringen af både indsatser og krav, ses også en øget politisk efterspørgsel på viden om, *hvad der virker*, når det offentlige tilrettelægger indsatser, der skal hjælpe sygemeldte tilbage til selvforsørgelse. Denne interesse taler ind i en mangeårig samfundsmæssig tendens, som i stigende grad lægger vægt på evalueringer og etableringen af evidens på velfærdsstatens forskellige policy-områder (Krogstrup, 2003; Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Vi vil med andre ord gerne have svar på, hvad der virker, og derefter omsætte denne viden til praksis, således at de velfærdsstatslige kerneproblematikker løses efter såkaldt *best practice*.

Det er i krydsfeltet mellem disse to bølger – dels den stigende aktivgørelse og forpligtelsen af den enkelte sygemeldte, dels den øgede politiske og fagprofessionelle efterspørgsel på sikker viden om, hvad der virker - at denne afhandling tager sit afsæt. Det er ambitionen at bidrage til en forståelse af de virkninger, som de beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte borgere har, og at belyse hvordan og hvorfor forskellige elementer i disse borgeres møde med sygedagpengesystemet indvirker på deres tilbagevenden til arbejde. Samtidig sigter afhandlingen mod at

diskutere og udvikle de evalueringsredskaber, som anvendes i forsøget på at hjælpe sygemeldte borgere tilbage til arbejdsmarkedet, og behandle både skabelsen og anvendelsen af viden på social- og beskæftigelsesområdet kritisk.

Indeværende afhandling evaluerer med andre ord et område, der er under løbende forandring. Alene i den periode, hvor projektet har pågået, har der været tale om markante ændringer i lovgivningen, herunder ikrafttrædelsen af en ny sygedagpengereform i 2014. At studere noget, som løbende bevæger sig, medfører udfordringer både teoretisk og evalueringsmetodisk, og det er derfor nødvendigt at situere problemfeltet i en større historisk sammenhæng. For at forstå udviklingen på sygedagpengeområdet og lovgivningen som den ser ud i dag, er det nødvendigt at skrue tiden et stykke tilbage. Den samlede udvikling på sygedagpengeområdet er beskrevet detaljeret i afhandlingens første artikel (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015), men vil i kort opsummering blive præsenteret i den resterende del af dette afsnit.

Jacobi (2013) beskriver, hvordan udviklingen fra private sygekasser til skattefinansieret velfærdsydelse betyder, at sygefravær over tiden er blevet et anliggende for offentlig politikformulering og administration (Jacobi, 2013:114). Sygedagpengeordningen har siden 1973 været administreret kommunalt i lighed med andre socialpolitiske opgaver, til trods for at sygedagpengeordningen ikke er universel, men forbeholdt lønmodtagere, selvstændige og forsikrede ledige. I de følgende årtier stilles der dog på området kun få krav til den kommunale opfølgning på området, før man fra midten af 1990'erne tager en række skridt, der sigter mod en mere aktiv opfølgningsindsats i tråd med den linje, som lægges på kontanthjælps- og dagpengeområdet. Man fremrykker opfølgningssamtaler og -planer, stiller krav om tværfaglig koordinering og inkluderer i stigende grad den sygemeldtes arbejdsgiver og de faglige organisationer (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Ligeledes indføres sanktionsmuligheder og varighedsbegrænsninger på området, sigtende mod at skærpe såvel den sygemeldtes som den kommunale motivation.

I midten af 00'erne udvides sygedagpengelovens visitations- og opfølgningsregler ad flere omgange (Jacobi, 2013; Bredgaard & Sieling-Monas, 2015), og arbejdsevnetodens implementering fra 2002 er med til at cementere den aktive linje over for de sygemeldte (Johansen et al., 2011). Gennem lovgivningsændringer i 2005 indførtes blandt andet nye visitationskategorier, krav om tættere og hurtigere opfølgning, samt en ændring i den statslige refusion til kommunernes udgifter på sygedagpengeområdet (Skals, 2016). Gradvist øges således det

arbejdsmarkedsrettede fokus. Endnu et centralt skifte indtræder på området i 2009, da det bliver muligt for kommunerne at anvende samtlige redskaber fra Lov om aktiv beskæftigelsespolitik til sygemeldte borgere (Jacobi, 2013:118). Herefter deltager omkring 50.000 sygemeldte borgere årligt i aktiveringstilbud (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015) og således indskrives også sygedagpengeområdet i den aktiverings-tankegang, som i stigende grad har præget velfærdspolitikken i Danmark siden 1990'erne (Caswell, Larsen & Sieling-Monas, 2015:220). Andelen af tildelte indsatser, også kaldet indsatsgraden, har siden været fortsat stigende (Deloitte, 2016:10).

Ved sygedagpengereformen i 2014 knyttes sygedagpengeområdet til de nye kommunale rehabiliteringsteams, der blev indført ved reformen af fleksjob og førtidspension i 2013 (Lov nr. 1380 af 23.12.2012) ligesom varighedsgrensen på 52 uger afskaffes, til fordel for et revurderingstidspunkt ved 22 uger (Lov nr. 720 af 25.6.2014). Med lovændringerne i 2009 og 2014 ligestilles og integreres sygedagpengemodtagere således i vidt omfang med andre målgrupper i beskæftigelsesindsatsen, både hvad angår ydelser og indsatser (Skals, 2016).

Når man opsummerende ser på udviklingen, tegner der sig således et billede af en gradvis aktivgørelse af sygedagpengeområdet, som for alvor tager fart op igennem 1990'erne og som løbende skærper kravene både til den kommunale opfølgning på borgernes sager og til de sygemeldtes forpligtelser (Torfing, 2004). Fra tidligere tiders velfærdsstatslige fokus på at sikre forsørgelsesgrundlaget igennem retten til beskæftigelse, til en højere vægtning af aktivering, arbejdspligt og en øgning af arbejdsudbuddet. Hovedargumenterne for en beskæftigelsesorienteret velfærdspolitik, såvel i Danmark som i de øvrige skandinaviske lande, kan anskues i lyset af en klassisk økonomisk opfattelse af, at man med beskæftigelsespolitiske midler kan styrke arbejdsmarkedets udbudsside, og understøtte arbejdsmarkedets fleksibilitet ved sikringen af en kvalificeret og fleksibel arbejdsstyrke, der imødeser behovene fra arbejdsmarkedet (Bredgaard et al., 2011).

Denne udvikling på det arbejdsmarkeds- og beskæftigelsespolitiske område kan kobles til en generel overgang i tidens dominerende politiske og økonomiske tankegang, hvor den keynesianske grundtanke om en stabilisering af økonomien igennem statslig regulering, afløses af et fokus på at begrænse denne regulering til fordel for at lade markedsmekanismerne udgøre den styrende faktor på arbejdsmarkedet (Torfing, 2003).

En i litteraturen ofte anvendt betegnelse for ovenstående bevægelser på det beskæftigelses- og forsørgelsespolitiske område igennem de seneste årtier, er den



såkaldte overgang fra *welfare* til *workfare* (Torfing, 2003; Hansen, 2010, Bredgaard et al, 2011). Centralt i denne overgang står stigende krav til den enkeltes aktive stræben efter selvforsørgelse, koblet med et fokus på at øge den arbejdsløses chance for (gen)indtræden på arbejdsmarkedet igennem ressourceudvikling, tilpasning eller uddannelse, altså den såkaldte *human-capital-approach* (Torfing, 2003:242; Goli, 2016:47). Således spores der i udviklingen over tid også en stigende individualisering af ansvaret for arbejdsløshed og uarbejdsdygtighed, som følger i kølvandet på pligten til at stå videst muligt til rådighed for arbejdsmarkedet eller aktiveringstiltag. Af nogle aktører på området anskues udviklingen primært som en stigende rådighedskontrol af de ledige, af andre som udtryk for en række moralske forventninger om *noget for noget*, og af atter andre igen som en middel til ansvarliggøres og *empowerment* af den arbejdsløse (Goli, 2016:47-48). Uanset vægtingen mellem disse, er det denne afhandlings udgangspunkt, at lignende tendenser spores på sundhedsområdet, hvor den enkelte i stigende grad ansvarliggøres for egen helbredstilstand og mødes med krav om forebyggelse og bestemte levevis på den ene side, og øget behov for forsikring og potentiel egenbetaling for behandling på den anden side (Peterson, 2017).

De historiske bevægelser på sygedagpenge- og beskæftigelsesområdet har betydning for den måde, hvorpå indsatsen for sygemeldte borgere i dag er sammensat. En undersøgelse af indsatsernes virkninger og forklaringer må således løbende inddrage refleksioner om feltets historicitet og de bagvedliggende ideologiske principper og formål med at drive beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte. I afhandlingens første artikel (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015) defineres den nuværende lovgivnings mest centrale antagelser og efterfølgende undersøges det, hvorledes disse antagelser kan understøttes af resultaterne fra forskningen på området. Resultaterne er løbende inddraget i afhandlingen og uddybes navnligt i afsnit 1.3.

## 1.2 DEFINITION AF PROJEKTETS MÅLGRUPPE

Sygedagpenge udgør i dag af en midlertidig ydelse, som under opfyldelse af en række beskæftigelseskrav kan udbetales til lønmodtagere, selvstændige og forsikrede a-kasse medlemmer, som er ude af stand til at arbejde på baggrund af egen sygdom (Vester, 2015:17)<sup>1</sup>. I 2014 og 2015 halveres den periode, hvori man kan modtage fuld

---

<sup>1</sup> Ligeledes kan sygedagpenge udbetales til personer, som har erhvervede arbejdsskader og er omfattede af Lov om arbejdsskadesikring, samt til en medarbejdende ægtefælle til en selvstændigt erhvervsdrivende.

sygedagpengeydelse, fra de tidligere 52 uger til de nuværende 26 uger. Sygedagpengesatsen udgør pr. 1. januar 2017 en højeste sats på kr. 4245 pr. uge (Beskæftigelsesministeriet, 2017b). Når en borger er sygemeldt i mere end 26 uger, skal sagen revurderes. Såfremt borgeren ikke raskmeldes, og er vedkommende ikke omfattet af de gældende forlængelsesmuligheder, indstilles i stedet til et såkaldt jobafklaringsforløb med den dertil hørende lavere ressourceforløbsydelse, på niveau med den gældende kontanthjælpssats (Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, § 24, stk. 2). Forlængelsesmulighederne omfatter blandt andet borgere med verserende arbejdsskadesager, livstruende og alvorlige sygdomme, ventetider på lægebehandling, borgere som venter på afgørelse omkring fleksjob eller førtidspension, som er i revalidering eller virksomhedspraktik med jobsigte, samt borgere med behov for afklarende foranstaltninger med henblik på at kunne vurdere arbejdssevne (Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, § 27).

Man skelner imellem tre forskellige faser i et længerevarende sygedagpengeforløb. Faserne udfoldes nedenfor for at illustrere, hvem der har ansvaret for borgeren og dennes ydelse i de respektive perioder, samt for at afgrænse den periode, hvori de aktive beskæftigelsesindsatser, som er omdrejningspunktet for afhandlingen, primært iværksættes.

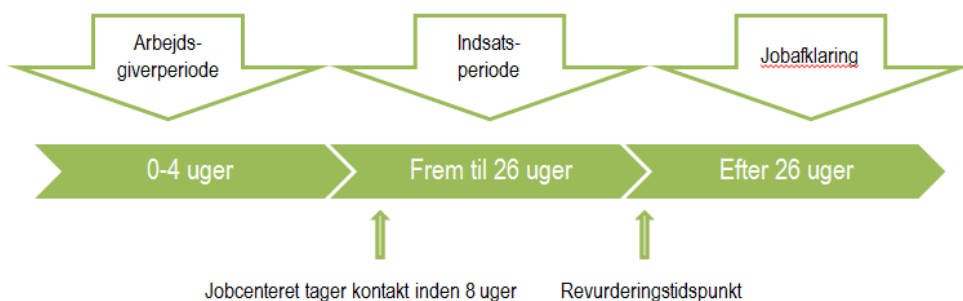
1: I den *arbejdsgiverbetalte* periode (30 dage / 4 uger) bærer den sygemeldtes arbejdsgiver (når en sådan forefindes) ansvaret for udbetaling af løn under sygdom. Arbejdsgiver meddeler sygdommen til kommunen ved sager som varer i mere end 30 dage. For sygemeldte i A-kasse, er det denne, som meddeler sygemeldingen til jobcenteret.

2: Under den kommunalt betalte periode har kommunen pligt til at kontakte borgeren indenfor 8 uger af sygemeldingens start, for at vurdere sagen og herunder vedkommendes ret til sygedagpenge. Herefter udbetaler kommunen sygedagpenge i op til 22 uger, og borgeren forpligtes i disse til aktiv deltagelse i forsøget på at opnå raskmelding, herunder deltagelse i de af jobcenteret iværksatte aktiviteter. Det er denne tidsperiode, som afgrænser afhandlingens dataindsamling, da det er i denne periode, at de aktive indsatser iværksættes. Perioden benævnes fremadrettet som *indsatsperioden*.

3: Senest et halvt år efter borgerens oprindelige sygemelding (i alt 26 uger) skal kommunen revurdere sagen. Man tager stilling til, hvorvidt der er tale om fortsat

sygemelding med udgangspunkt i forlængelsesmulighederne, om borgeren overgår til et jobafklaringsforløb, eller om borgeren raskmeldes og vender tilbage til enten arbejdsgiver eller a-kasse.

Figur 1.1: Illustration af sygedagpengeforløb.



Ovenstående er udtryk for et typisk langvarigt sygedagpengeforløb. Borgere på sygedagpenge udgør dog en ganske heterogen gruppe og har forskellige sygdomsproblematikker, sygdomshistorikker, arbejdsmarkedstilknnytning og baggrunde. Diversiteten i målgruppen komplicerer spørgsmålene om, hvilke indsatser der virker, og hvordan indsatserne bedst muligt tilrettelægges, så flest muligt bliver raske hurtigst muligt.

I beskæftigelsessystemet har man igennem tiden håndteret denne kompleksitet blandt andet igennem anvendelsen af en kategorisering af sagerne, som i praksis foregår ved, at jobcenteret foretager en vurdering af borgerens situation, med udgangspunkt i prognosen for varighed af vedkommendes sygdom. Således opdeles samtlige sygemeldte i tre grupper, baseret på den vurderede kompleksitet i borgerens sag. Denne kategoriseringspraksis har ændret form henover de seneste år i lighed med udviklingen set på kontanthjælpsområdet. Det betyder, at man, modsat den tidligere anvendelse af såkaldte *matchkategorier*<sup>2</sup>, der blev brugt til at beskrive en borgers afstand fra det ordinære arbejdsmarked, nu arbejder ud fra tre forskellige

<sup>2</sup> Oprindeligt fandtes fem matchgrupper, hvilket senere blev reduceret til tre. For en mere detaljeret diskussion af udviklingen i kategoriseringspraksis og den diskursive betydning heraf, henvises til ph.d.-afhandling ved Mathias Herup Nielsen (2015b) fra Aalborg Universitet.

visitationskategorier, som i højere grad end tidligere beskriver, hvilken form for aktivt tilbud borgeren forventes at være parat til at modtage (Nielsen, 2015a).

I dag omfatter visitationskategori 1 de borgere, som på baggrund af sygdommens karakter forventes fuldt raskmeldte indenfor 8 uger. Visitationskategori 2 omfatter borgere, for hvem sygdommen forventes at strække sig over mere end 8 uger, men hvor borgeren fortsat forventes i stand til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Opfølgningen for denne gruppe skal ske minimum hver fjerde uge. Siden reformen i 2014 og i lyset af resultaterne fra Koch-udvalgets<sup>3</sup> arbejde i 2015, er det blevet indskærpet, at indsatserne for denne gruppe hovedsageligt skal bestå af virksomhedsrettede tilbud. Slutteligt består kategori 3 af borgere, for hvem en eventuel raskmelding forventes senere end 8 uger, og hvor prognoser og/eller diagnoser for vedkommende er uklare. Der er således ikke forventninger om at borgeren via deltagelse i aktive tilbud umiddelbart kan blive raskmeldt og i stand til at varetage et arbejde (Vester, 2015:113)<sup>4</sup>. I stedet skal borgerne i denne gruppe modtage tværfaglige og helhedsorienterede indsatser (Beskæftigelsesministeriet, 2017c).

Ovennævnte visitationskategorier lægges til grund for endnu en afgrænsning i projektet, i tillæg til den tidsmæssige dimension redegjort for i figur 1.1. Projektets fokusområde består af de indsatser, som sættes i værk for borgere i kategori 2, i løbet af de første 26 uger af deres sygdomsperiode (indsatsperioden). Det er lovgivningsbestemt, at kommunerne prioriterer langt størstedelen af de aktive beskæftigelsestilbud i netop denne gruppe, da det forventes at man med de rette indsatser på dette tidspunkt kan hjælpe borgerne tilbage til fuld raskmelding og arbejdsmarkedsdeltagelse (Lov om Sygedagpenge, § 12; Vester, 2015:100).

Ser vi nærmere på denne målgruppe over de seneste knapt 10 år, ses det, at borgere i kategori 2 udgjorde omkring 45.600 ud af i alt ca. 378.000 sygemeldte i 2014, forud for reform og ændringer i visitationskategorier. Tallene viser, at mens det samlede

---

<sup>3</sup> I år 2013 nedsætter den daværende regering det såkaldte Koch-udvalg, navngivet med reference til udvalgets formand, Carsten Koch. Gruppens arbejde opdeles i to faser, hvoraf anden og sidste del omhandler borgere, der befinder sig i udkanten af arbejdsmarkedet, herunder modtagere af sygedagpenge.

<sup>4</sup> Borgerens sag forelægges i stedet kommunens rehabiliteringsteam, med repræsentanter fra såvel sundheds- beskæftigelses- og socialområdet.

antal af sygemeldte borgere har været faldende siden 2008, er der tale om en stigning i andelen af borgere, som visiteres til kategori 2.

Tabel 1.1: Udvikling i antallet af sygemeldte enkeltpersoner fra 2008-2014.

	2008	2010	2012	2014
Sygemeldte i alt	453.096	431.939	397.157	378.178
Match 2: Indsatsklar	32.526	39.822	41.065	45.595

(Kilde: KMD's sygedagpengeregister, [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk))

Indstiller vi zoomet en smule anderledes, og undersøger de forgangne fire år, henover ikrafttrædelsen af den seneste reform og ændringerne i brugen og typen af visitationskategorier, ser udviklingen således ud:

Tabel 1.2: Udvikling i antallet af sygemeldte enkeltpersoner fra 2013-2016.

	2013	2014	2015	2016
Sygemeldte i alt	380.693	378.178	369.908	362.375
Match 2: Indsatsklar	39.580	45.595	2.487	90
Visitation 2: Virksomhedsrettet	-	-	131.812	138.260

(Kilde: KMD's sygedagpengeregister, [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk))

Som det ses ovenfor, ændrer navnet på gruppen af borgere i matchgruppe 2 sig i 2015, fra *indsatsklar* til *virksomhedsrettet*. Der er fortsat tale om gruppen af borgere, som ventes raskmeldt senest to måneder efter sygemeldingen, og som skal modtage arbejdspladsorienterede indsatser (Beskæftigelsesministeriet, 2017c).

Det bemærkes, at der næppe er tale om en mangedobling i antallet af en særlig gruppe af sygemeldte blandt den danske befolkning, men snarere om at jobcentrenes visitationspraksis netop imødekommer de politiske målsætninger. De ekstra borgere i visitationsgruppe 2 efter 2015 stammer primært fra gruppe 1, som tidligere kaldtes jobklare, men nu i stedet visiteres til virksomhedsrettede indsatser. Tallene viser, at afhandlingens målgruppe er vokset ganske betragteligt igennem de seneste år. Så meget desto vigtigere er det at blive klogere på, hvordan og hvorfor forskellige indsatstyper hjælper denne gruppe med at blive raskmeldt og ultimativt nærme sig selvforsørgelse.

Afhandlingens målgruppe består således potentielt af knapt 140.000 borgere om året, som fordelt på landets 98 kommuner gennemgår en lang række forskellige former for beskæftigelsesrettede tilbud. Med offentlige udgifter i 2016 for omkring 8,8 milliarder kr.<sup>5</sup> er området allerede genstand for en anseelig politisk interesse. Som følge heraf er der på nuværende tidspunkt gennemført et betragteligt antal studier om indsatser og interventioner over for syge borgere, både herhjemme og internationalt (Høgelund, 2012). Som vi skal se i det følgende, er der dog til trods for den eksisterende viden fortsat uklart hvilke typer af beskæftigelsesrettede rehabiliteringstilbud der virker bedst for indsatsklare sygedagpengemodtagere og ikke mindst hvorfor og hvordan indsatserne virker.

### **1.3 HVAD VED VI OM BESKÆFTIGELSESIKTSATTEN FOR SYGEMELDTE?**

Det følgende afsnit sigter mod at samle trådene fra eksisterende analyse og forskning på feltet, og tydeliggøre hvilke mangler i den eksisterende viden, denne afhandling vil bidrage med at belyse. Kapitel 1 afsluttes herefter med formuleringen af afhandlingens forskningsspørgsmål.

Det tidligere omtalte Koch-udvalg skriver i deres rapport fra 2015, at borgere på udkanten af arbejdsmarkedet primært er udtryk for et strukturelt problem, med henvisning til det begrænsede udsving i antallet af borgere på udkanten af arbejdsmarkedet, selv på tværs af konjunkturer.<sup>6</sup> Rapporten konkluderer desuden, at den erhvervsaktive befolkning uden for arbejdsmarkedet ikke adskiller sig markant fra andelen i vores nabolande (Koch Udvalget, 2015:28).

Koch-udvalget (2015) bemærker, at sygedagpenge ofte går forud for øvrige ydelser, såsom revalidering, fleksjob, ressourceforløb og førtidspension. Sygedagpengeydelsen bliver i denne optik en form for forstadie til andre, længerevarende og nogle gange permanente forsørgelsesydelser (Koch udvalget,

---

<sup>5</sup> Jf. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings egen opgørelse over offentlige udgifter i faste priser for 2014.

<sup>6</sup> Koch Udvalget (2015:28) beskriver, at gruppen af borgere på kanten af arbejdsmarkedet har bevæget sig mellem 491.000 og 561.000 personer i en 10-årig periode siden 2004. Ved seneste opgørelse i juni 2014 var der 552.000 personer i gruppen.

2015:31). Udvalget konkluderer desuden, at omkring 15 % af sygedagpengemodtagerne fortsat er sygemeldte efter et år, imens lidt over 25 % overgår til anden ydelsesform. Knap 60 % af de sygemeldte kommer tilbage i arbejde, overgår til anden selvforsørgelse eller påbegynder en uddannelse (Koch udvalget, 2015:31). Afgangen fra såvel kontanthjælp som sygedagpenge er mindre for de grupper, der har modtaget de pågældende ydelser over længere tid. Jo længere tid en person har modtaget sygedagpenge, jo større er risikoen for, at personen efterfølgende overgår til anden offentlig forsørgelse (Koch udvalget, 2015:32).

Denne konklusion fra udvalget lægger sig op af en udbredt opfattelse af, at længere tid på offentlig forsørgelse såsom sygedagpenge, mindsker sandsynligheden for at komme tilbage til selvforsørgelse (Høgelund et al., 2003). Det undlades dog ofte i denne sammenhæng at diskutere, hvorvidt det er længerevarende forløb i sig selv, der medfører øget risiko for permanent udelukkelse fra arbejdsmarkedet. Eller om der findes en gruppe borgere, som på baggrund af komplicerede problemstillinger (eksempelvis helbred, misbrug, sociale problemer, manglede uddannelse og arbejdserfaring, mv.) ikke kommer til at vende tilbage til selvforsørgelse, og det så netop er denne gruppe, som gennemgår de lange forløb på deres vej væk fra arbejdsmarkedet. I denne forståelse, hvor årsagsforklaringen vendes på hovedet, er det altså ikke sygedagpengeforløbet og dets længde i sig selv, der bliver den forklarende variabel for et langstrakt forløb, men forudsætningerne hos den enkelte. Det er afhandlingens udgangspunkt, at denne pointe ofte fortæber sig i diskussionerne af beskæftigelsesindsatser og deres virkning, og at dette medvirker til at reducere kompleksiteten i disse sammenhænge. Det betyder, at man for nogle borgere i sygedagpengegruppen risikerer at overvurdere betydningen af længden på deres sagsforløb, fordi det i realiteten er en række af deres andre livsomstændigheder, som er afgørende. Det betyder også, at det bliver sværere at skelne mellem dem og andre grupper af borgere, som måske netop drager stor fordel af tidlig og intensiv intervention, som kan modvirke klientgørelse, sygdomsudvikling og tabt arbejdsidentitet. Den ene opfattelse er således ikke den anden udelukkende, men mangler ofte at blive medinddraget i debatten. Ovenstående diskussionspunkt uagtet, går det igen i de lovgivningsmæssige rammer på sygedagpengeområdet, at man indskærper nødvendigheden af tidligt iværksatte interventioner for sygemeldte (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Det synes da også intuitivt fornuftigt at antage, at jo hurtigere sygemeldte borgere modtager rette hjælp, jo hurtigere og mere sandsynlig bliver deres raskmelding og tilbagevenden til arbejde.

Som led i forberedelserne til denne afhandling gennemførtes i 2014 et litteraturstudie, som havde til formål at undersøge evidensen for de antagelser, som lovgivningen på sygedagpengeområdet er bygget op omkring (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Hensigten med litteraturstudiet var at systematisere den eksisterende viden forud for projektets egen evaluering og dataindsamling. Artiklen efterprøvede, hvorvidt de antagelser som lovgivningen er et udtryk for, rent faktisk understøttes af forsknings- og evalueringsresultaterne på området. Resultaterne fra litteraturstudiet blev publiceret i Tidsskrift for Arbejdsliv i 2015, og findes bagerst i denne afhandling, markeret som Artikel I.

Igennem en analyse af lovgivningens aktuelle form fremgik det, at aktive beskæftigelsesindsatser forventedes at hjælpe sygedagpengemodtagere til en hurtigere tilbagevenden til arbejdet, og at ordet *aktivitet* indkapsler den mest centrale antagelse i denne sammenhæng. Behovet for aktivitet fremhæves gennemgående for alle grupper af sygemeldte, uanset diagnose, sygdomshistorik og prognose. Derudover findes der i lovgivningsmaterialet yderligere tre klare antagelser om, hvad der vil hjælpe borgerne til den hurtigste raskmelding. Beskæftigelsesindsatserne skal dels forankres hos arbejdsgivere (være virksomhedsrettede), skal iværksættes hurtigst muligt efter sygemeldingen (fokus på en tidlig indsats) og skal desuden gå på tværs af beskæftigelsessystem, sundhedssystem og det sociale system (være helhedsorienteret og tværfaglig). Disse tre antagelser udgør altså de mest centrale mekanismer under den overordnede antagelse om, at aktive tilbud vil afkorte sygemeldte borgers fravær fra arbejdsmarkedet (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

I lovgivningen lægges op til anvendelsen af de samme overordnede typer af indsatser over for alle sygemeldte i kategori 2. Det er herefter jobcentrenes opgave at vurdere, hvilke konkrete tilbud som borgere med forskellige specifikke problemstillinger skal visiteres til.<sup>7</sup> Men de forskningsmæssige resultater, som kan bidrage til at kvalificere sådanne vurderinger, er dog ikke entydige (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015; Høgelund, 2012). Artiklen peger på, at evaluering af sygedagpengeindsatsen har været ganske udbredt i perioden 2000-2014, og at der allerede eksisterer ganske mange undersøgelser og evalueringer på området. Artiklen konkluderer, at området dog samtidig lider under fortsatte uklarheder og manglende nuancer, når det kommer

---

<sup>7</sup> Eksempler på indsatser i den tilbudsgruppe som lovgivningen betegner *vejledning og opkvalificering*, er træningstilbud, samtaleforløb, virksomhedspraktikker, afklaringsforløb, stresshåndteringskurser, coaching, m.fl.



til at finde evidens for de antagelser, som lovgivningen og følgelig den kommunale praksis i jobcentrene er centreret omkring. Det kommer blandt andet til udtryk ved manglen på systematisk viden om, hvilke typer af beskæftigelsesrettede tilbud, som virker bedst over for forskellige undergrupper af sygemeldte borgere med forskellige sygdomsproblematikker. Der er en overvægt af forskningsresultater med fokus på borgere med fysisk rettede lidelser, hvorimod de psykiske lidelser er langt mindre belyst (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

Derudover mangler man at forholde sig til andre interessante under-opdelinger af den ellers ganske heterogene gruppe, ved eksempelvis at tage hensyn til sygdomshistorik, arbejdsgiverforhold og tidligere arbejdsmarkedstilknytning. Det er en antagelse forud for denne afhandling, at borgere med forskellige problematikker vil have forskelligt udbytte af forskellige former for tilbud. En opdeling af den samlede gruppe af sygemeldte vil kunne gøre os klogere på, hvilke interventioner der virker for hvilke borgere, og vil forhåbentlig gøre os i stand til i højere grad at målrette indsatserne over for netop de borgere, der kan have fordel af dem.

Litteraturstudiet peger desuden på en begrænset viden om kontekstuelle faktorerers betydning for virkningerne af en indsats (ibid.). Vi ved for lidt om, hvilke omkringliggende forhold der er afgørende for, om en indsats bliver en succes. Dette kan være sig forhold omkring borgeren, behandlingen af vedkommendes sygdom, eller omkring den virksomhed, der inddrages i tilbuddet. Vi ved med andre ord ikke tilstrækkeligt om, hvad det er, som får en indsats til at virke eller fejle, og hvilke omstændigheder som er afgørende herfor. Denne viden er relevant med henblik på at kunne overføre erfaringer fra én kommune til en anden, eller med henblik på at skabe viden om, hvorfor og hvornår en indsats virker optimalt. Forskningen på området mangler således tydelig klarhed over, hvilke omstændigheder der afgør, om en indsats virker efter hensigten eller ej. Litteraturstudiet peger desuden på en generelt begrænset kvalitativ viden på området. Dette kommer særligt til udtryk i utilstrækkelig viden om jobcentrenes og kommunernes implementering af lovgivningens målsætninger og antagelser, samt omkring deres inddragelse af et borgerperspektiv, som for alvor inddrager viden og erfaringer fra de mennesker, som er omdrejningspunktet for hele indsatsen (ibid.). Viden herom vil kunne bidrage ikke alene med et værdifuldt borgerperspektiv, men også med viden om, hvordan kommunerne oversætter de centrale antagelser fra lovgivningen til praksis, samt hvilke dele der fungerer mere eller mindre efter hensigten i forhold til at bringe sygemeldte tilbage til arbejdet.

Efter litteraturstudiets publicering, udgav Rehwald, Rosholm & Rouland (2016) nye resultater fra et Dansk randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) fra 2009.<sup>8</sup> Her finder forskerne en negativ sammenhæng imellem en intensiveret og tidlig indsats bestående af traditionel aktivering, fysisk træning og delvis raskmelding, når de sammenligner det gennemsnitlige resultat for sygemeldte med en sammenlignelig kontrolgruppe, der modtog en standard-indsats (ibid:18). Den negative effekt blev målt på blandt andet efterfølgende beskæftigelse og overgang til permanente offentlige ydelser. Værst så det faktisk ud for den gruppe af sygemeldte, som forud for sygemeldingen ellers havde haft en høj selvforsørgelsesgrad (ibid:23). Forfatterne finder dog, når de opdeler borgerne i mindre grupper og samtidig tager hensyn til lokale forskelle i jobcentrenes brug af de forskellige typer interventioner, at det er muligt at spore positive effekter af delvise raskmeldinger, som medfører højere beskæftigelsesfrekvenser i årene efter sygemelding (ibid:25). Dette gælder dog kun for de borgere, som er sygemeldt fra en eksisterende arbejdsgiver og hvis lidelser ikke er af psykisk karakter. Samlet set er resultaterne for sidstnævnte gruppe aldeles ufyldstgørende, ifølge forfatterne selv (ibid:27).

Samlet set konkluderes det på baggrund af litteraturstudiet og den opridsede udvikling på området, at der fortsat eksisterer en række mangler i den eksisterende viden på området, samt at en række spørgsmål fortsat er relevant at belyse i forhold til at sikre viden om, hvad der virker i beskæftigelsesindsatsen for sygemeldte borgere, hvorfor det virker og under hvilke omstændigheder. Det er disse spørgsmål, som samlet set har udgjort grundlaget for denne afhandling og som i det følgende afsnit vil blive præciseret i form af afhandlingens egentlige problemformulering.

---

<sup>8</sup> En devaluering af dette forsøg (Aktive – Hurtigere tilbage) indgik i afhandlingens litteraturstudie og artikel 1 (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Den omtalte publikation (Rehwald, Rosholm & Rouland, 2016) omhandler en række nye analyser på det samlede datamateriale fra forsøget.

## 1.4 FORSKNINGSTEMAER OG FORMIDLINGSFORM

I lyset af det foregående afsnit vurderes det, at der fortsat er behov for at undersøge en række spørgsmål omkring indsatserne på sygedagpengeområdet og udvide forståelsen af, hvorfor og hvordan indsatserne virker. Denne viden skal være med til at kvalificere indsatserne og søge at sikre, at borgerne modtager relevante tilbud og den rette hjælp til at blive raske og vende tilbage til arbejdsmarkedet. Der formuleres følgende to overordnede forsknings spørgsmål for den samlede afhandling:

*Hvordan virker udvalgte beskæftigelsesrettede indsatser over for definerede undergrupper af sygedagpengemodtagere?*

*Hvad kan forklare eventuelle virkninger af indsatserne, og hvilke omstændigheder og betingelser er afgørende for at de opstår?*

Forud for en besvarelse af disse spørgsmål vil afhandlingens kommende kapitler foretage løbende afgrænsninger og argumentere for yderligere til- og fravalg i forhold til både indsatstyper og målgruppe. For at strukturere den samlede afhandling, inddeles afhandlingens analyse i tre afsnit:

**Analyssetema A** handler om jobcentrenes tilbudsvifte, visitationsgrundlag og viden om, hvad der virker. Der er fokus på, hvordan beslutninger om visitation af forskellige borgere til forskellige tilbudstyper foretages, og på hvilket beslutningsgrundlag. Desuden undersøges det, hvordan det enkelte jobcenter forholder sig til viden om virkningerne af egne indsatser.

**Analyssetema B** handler om effekterne af specifikke indsatstyper over for forskellige grupper af sygemeldte. Det undersøges, hvilke indsatstyper der virker bedre end andre og hvilke grupper af sygemeldte, der har særligt gavn af udvalgte indsatstyper, når der måles på længden af borgerens sygemelding og deres efterfølgende beskæftigelsesgrad, samt på en række udvalgte delmål.

**Analyssetema C** afsøger, hvordan og hvorfor forskellige indsatser virker, samt hvilke kontekstuelle betingelser og omstændigheder der er afgørende herfor. Denne del af undersøgelsen sætter fokus på erfaringer og viden fra fagprofessionelle og borgere for at belyse, hvorfor og hvordan noget virker, når det virker.

Den samlede afhandling formidles efter den såkaldte kombinationsmodel for Ph.d.-afhandlinger. Denne model består af en monografi i kombination med to publicerbare videnskabelige artikler.<sup>9</sup> Det samlede produkt til formidlingen af arbejdet i forbindelse med afhandlingen består således af den forhåndenværende afhandling (monografien), der fungerer som en opsamlende og uddybende overbygning for artikel I og II. Artiklerne udgør selvstændige bidrag, som fokuserer på egne særskilte problemstillinger, baseret på forskellige dele af afhandlingens empiriske materiale. De to artikler udgør følgende:

- Bredgaard & Sieling-Monas (2015): Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere?. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, vol 17(1), side 28-43.
- Sieling-Monas (under udgivelse): Opening the black box – employment rehabilitation interventions for sickness benefit recipients. *Tiltænkt Nordic Journal for Working life Studies*.

Monografien, som er bygget op over de kommende syv kapitler, går på tværs af artikelbidragene og giver rum til de bagvedliggende overvejelser, metodiske greb, videnskabsteoretiske betragtninger og analyser, som artiklerne ovenfor ikke har levnet plads til at inkludere.

I tillæg til forskningsspørgsmålene har det været centralt for afhandlingen at beskæftige sig med, hvordan de evalueringsmodeller og -metoder der hidtil har været hyppigt anvendt på feltet, med fordel kan nuanceres eller udfordres, og bruges som afsæt til at diskutere begreber som evidens, effekter og virkninger inden for dette felt. Afhandlingen beskæftiger sig derfor løbende med metodiske og evaluerings-teoretiske diskussioner af, hvordan man sikrer viden omkring effekterne af givne indsatser, men også samtidig formår at kigge nærmere ind i interventionernes maskinrum, og således samtidig skaber viden om, *hvorfor* og *hvordan* eventuelle virkninger opstår. Monografien giver plads til at inddrage evaluerings- og evidensdebatten på beskæftigelsesområdet og bidrage med indblik i, hvordan valget af evalueringsværktøjer og metoder øver indflydelse på den viden, som skabes på et givent område. Monografien tilføjer således en løbende diskussion af virkningsbegrebet i beskæftigelsesforskningen og gransker sit evalueringsteoretiske

---

<sup>9</sup> Jf. retningslinjer for Den Samfundsvidenskabelige Ph.d.-skole, Aalborg universitet (2015).

afsæt, som en del af diskussionen om, hvordan man kan frembringe og akkumulere viden til konkret brug i fremtidig beskæftigelsespraksis. Det vil i afhandlingen blive diskuteret, hvilke styrker, udfordringer og forbedringspotentialer der er ved den anvendte evalueringsmodel på det konkrete område.

Dette første kapitel har klarlagt afhandlingens samlede problemstilling og de spørgsmål, som undersøges, og der er blevet lagt vægt på at afgrænse emnefelt, målgruppe og analytiske interessepunkter. I det følgende kapitel præsenteres afhandlingens teoretiske grundlag og en række centrale nøglebegreber, som vil blive inddraget i den senere analyse.



# KAPITEL 2: FORSTÅELSER AF SYGDOM OG ARBEJDE

*"Man skal ville og man skal gøre, hvad man kan. Man skal ikke gøre, hvis man ikke kan, men man skal stadig ville, hvis man kunne. Og man skal ville og gøre, hvad man kan, for at komme til at kunne bedre."*

*Annette Carstens, forfatter (1998)*

## 2.1 OPBYGNING AF KAPITLET

Når man sætter sig for at undersøge komplekse områder under løbende forandring, giver det mening at forholde sig til, hvordan centrale begreber på området italesættes og diskuteres både forskningslitterært, politisk og samfundsmæssigt. En klarlægning af de dominerende diskurser på disse områder medvirker til at rammesætte, hvordan fænomener som sygdom og arbejde opfattes og forstås i dag.

Dette kapitels formål er at belyse en udvikling, der over tid har påvirket måden, hvorpå relationen imellem sygdom og arbejdsliv er blevet opfattet. Kapitlet undersøger blandt andet en ændret opfattelse af ansvarsplaceringen, når en person rammes af sygdom, samt diskuterer, hvad der forstås ved begreber som sygdom, arbejdsrettet rehabilitering og mestring. Sygedagpengeområdet befinder sig i et krydsfelt imellem social-, sundheds-, og beskæftigelsesområdet og i forlængelse heraf diskuteres også det professionelle arbejde i frontlinjen, som i sygedagpengesager i sidste instans handler om at flytte mennesker fra offentlig ydelse til raskmelding og selvforsørgelse.

I kapitlet positionerer afhandlingen sig løbende i forhold til diskussionerne. De teoretiske perspektiver og nøglebegreber, som præsenteres i kapitlet, anvendes senere i afhandlingens analyseafsnit, dels til at fortolke og forklare de empiriske fund og dels til at udfolde og kontekstualisere dem (Rienecker & Jørgensen, 2017:190-191).

## 2.1.1 SYGDOM OG ARBEJDE

Når lovgivningsmæssige ændringer og stramninger på beskæftigelsesområdet legitimeres politisk, sker det ofte med henvisning til de store personlige, samfundsmæssige og økonomiske omkostninger, der i denne sammenhæng er forbundet med individets længerevarende fravær fra arbejdsmarkedet. Det er denne sammenhæng mellem individet og konsekvenserne af uarbejdsdygtighed, som er temaet for det følgende afsnit. Helt tilbage til det klassiske socialpsykologiske studie om *Die Arbeitslosen von Marienthal*, begået af Marie Jahoda et al. i 1933, har der eksisteret en relativt gennemgående konsensus om, at længerevarende udelukkelse fra arbejdslivet har u hensigtsmæssige konsekvenser (Jahoda et al., 1975). Såvel i den politiske debat som i forskningslitteraturen er der gennemgående tale om variationer over dette tema (Baadsgaard m.fl., 2014; Brodtkin & Larsen, 2013; Høgelund, 2012; Jørgensen et al., 2011).

Opfattelser står dog ikke uimodsagt hen i forskningslitteraturen. Antagelserne om, at sygdom og følgende uarbejdsdygtighed i sig selv er rod til komplikationer i den enkeltes liv, har været diskuteret hos eksempelvis Nørup (2014), som problematiserer, hvordan deltagelse på arbejdsmarkedet i dag anses som en art grundlæggende medicin, der i sig selv skal beskytte imod uønskede følge-problematikker, både helbredsmæssigt og socialt. I undersøgelsen belyses arbejdsmarkedsdeltagelsens betydning i forhold til social eksklusion af syge og handicappede grupper. Et centralt budskab i Nørups (2014) afhandling er, at selvom sygdom og handicap bør anskues som potentielt ekskluderende faktorer inden for dimensioner af det sociale liv, er det ikke den manglende arbejdsmarkedsdeltagelse i sig selv, der nødvendigvis er problematisk. Den manglende deltagelse i arbejdslivet er, konkluderes det, alene problematisk for den enkelte, i fald at der er tale om en uønsket situation. Det stærke politiske fokus på at gennemtvinge arbejdsmarkedsdeltagelse for disse grupper er således kritisabelt, fordi der mangler videnskabeligt belæg for det gavnlige herved (Nørup, 2014:371-376).

Halvorsen (2004) påviser i et studie, hvordan visse gruppers helbredsproblemer ligefrem bedres, når ledigheden indtræffer, herunder særligt for personer med belastende og nedslidende arbejde (Dall, 2015:266). I forlængelse heraf kritiseres det, at man overvurderer manglende arbejdsmarkedsdeltagelse som en trussel mod identitet og medborgerskab i forhold til vigtigheden af økonomisk tryghed og sundhed (Halvorsen, 2004). Således ser vi her anlagte perspektiver på ledighed og sygdom,



som nedtoner de risici og konsekvenser af arbejdsløshed for den enkelte, som ellers anvendes til at argumentere for den nuværende beskæftigelsespolitiske strategi.

I relation til diskussionerne omkring risici ved arbejdsløshed for såvel den enkelte som for samfundssiden, følger desuden også en diskussion af hvad der samfundsmæssigt set anskues som det centrale formål med beskæftigelsesindsatsen, og om hvorvidt dette formål rækker udover alene at sikre individets forsørgelsesgrundlag, til også at handle om at sikre et tilstrækkeligt fleksibelt arbejdsmarked igennem udbud af arbejdskraft (Madsen & Pedersen, 2009) og til yderligere også at handle om ret og pligt i forbindelse med modtagelsen af offentlige ydelser (Hansen, 2010). I afhandlingens senere analyse, inddrages udvalgte aktører i beskæftigelsesindsatsens forståelser af risici ved henholdsvis arbejdsløshed og sygdom, ligesom begreberne omkring ret og pligt anvendes til at forstå og diskutere aktørernes perspektiver. Begreberne anvendes til at forstå formål og hensigt med de beskæftigelsesrettede tilbud og til at kunne diskutere, hvad der egentlig forstås ved *virksomheder*, når det kommer til indsatsernes resultater.

Det er denne afhandlings afsæt, at den nuværende beskæftigelsespolitiske linje, som i høj grad betoner arbejde og aktivitet som både middel og mål til at fremme individuel og samfundsmæssig velfærd, kan tåle en nuancering. Denne nuancering må beskæftige sig med, for hvilke grupper af borgere indsatsene i deres nuværende form fungerer hensigtsmæssigt, og på hvilke måder og under hvilke rammer de i så fald skal implementeres. Flere steder i litteraturen fremhæves det, at det særligt er den ufrivillige udelukkelse fra arbejdslivet (fx grundet sygdom), der sammen med sygdom og lidelse som fænomener i sig selv, medfører belastninger på både individuelt og samfundsmæssigt niveau (Nørup, 2014). Andre steder understreges det, at fordelene ved deltagelse i arbejdslivet for sygemeldte er større end de risici der er forbundet med arbejdsløshed, men afhænger af forskellige faktorer, herunder lidelsestype, arbejdets tilpasning og kvaliteter, samt en række sikkerhedsaspekter (Waddell & Burton (2006:36-38). Som det vil vise sig igennem denne afhandling, tager dette projekt udgangspunkt i en målgruppe med en gennemgående stærk arbejdsidentitet og et grundlæggende ønske om en hurtig tilbagevenden til beskæftigelse. Trods gruppens heterogene sammensætning, demonstrerer gruppen af sygedagpengemodtagerne i kategori 2, at de som gruppe befinder sig umiddelbart tættere på det ordinære arbejdsmarked, end andre udsatte grupper uden for beskæftigelse, eksempelvis kontanthjælpsmodtagerne. Dette er forventeligt, set i lyset af deres formodentligt stærkere beskæftigelseshistorik og ofte medlemskab af en A-kasse. Derfor er det

projektets forståelse, at det for denne gruppe borgere oftest vil være meningsfuldt at yde indsatser, som stiler mod at forbedre deres helbredstilstand, og afkorte deres vej tilbage i arbejde mest muligt, også selvom den generelle diskurs omkring arbejdets nødvendighed for alle til tider kan tåle en opblødning.

Ud over en forståelse af, at ufrivillig uarbejdsdygtighed grundet sygdom naturligvis er et relevant problemfelt at forholde sig forskningsmæssigt til, ses i det følgende afsnit nærmere på, hvordan opfattelserne af sygdom som henholdsvis privat eller offentligt anliggende har rykket sig over tid. Afsnittet skal medvirke til at tegne et billede af, hvordan sygdom igennem tiden er blevet et ansvarsområde, som i dag påhviler mange andre aktører end alene den syge selv, samtidig med at der i nogen grad er tale om en individualisering af sygdomsproblematikkerne.

## **2.1.2 FRA PRIVATSAG TIL SAMFUNDSANLIGGENDE**

Kigger man på, hvordan sygdom er blevet diskuteret og italesat igennem tiden, opstår en række pointer, som det er interessant at inddrage. Det er projektets antagelse, at udviklingen har indflydelse ikke alene på den måde, vi forstår og opfatter sygedagpengemodtagernes situation på, men også på den måde, som sygedagpengesystemet i dag reguleres på.

Meinert & Paarup (2007) argumenterer for et diskursivt skifte på sundhedsområdet igennem de seneste årtier. Hvor sygdom tidligere blev behandlet og betragtet som den særskilte årsagsforklaring (Meinert & Paarup, 2007:138), har den moderne forklaring på sygdom ofte rod i individet selv, der betragtes som medvirkende årsag til egen lidelse, herunder særligt de livsstilsbetingede sygdomme. Denne overgang betyder, at patienter i højere grad tilskrives et eget-ansvar for deres aktuelle helbredstilstand, og den samfundsmæssige forståelse af sygdom og sundhed centrerer derfor i stigende grad omkring sundhedsfremmende tiltag og sygdomsforebyggelse, fremfor at fokusere på behandling af allerede opstået sygdom. Tidligere handlede sygepleje i højere grad om at pleje og behandle den syge krop, eller det syge sind. I dag vender vi os i stedet i stigende grad mod forebyggelsen af sygdom, og placerer således samtidig et øget ansvar for egen trivsel og tilstand på det enkelte individ (Meinert & Paarup, 2007:138-141).

Et øget fokus på individets eget-ansvar er ikke enestående for sygdoms- og sundhedsområdet, men spores ligeledes på beskæftigelsesområdet (Jacobi, 2013:122). Dall (2015) belyser, hvordan vi historisk og politisk ser en forskydning i opfattelsen af ledighed og måden, hvorpå man anskuer ledighed som socialt problem. Hvor man i det forrige århundrede i højere grad primært fokuserede på ledighed som en forsørgelsesproblematik, har man igennem de seneste årtier herhjemme taget hul på en udviklingstankegang og et fokus på individets motivation, på måder som i højere grad end tidligere involverer hele borgerens liv, og rækker ud over beskæftigelsen alene. Her er det offentlige rolle i forhold til den enkelte ledige følgelig blevet langt mere indgribende end hidtil (Dall, 2015:257). Rasmussen (2015) påpeger i denne sammenhæng centrale ændringer i det sociale arbejdes fokuspunkter set over tid. Her henvises blandt andet til Howe (1996), som allerede i 1990'erne argumenterede for, at det sociale arbejde i stigende grad bevægede sig imod et fokus på *performance* hos den enkelte borger, frem for det mere problemdefinerende perspektiv, som traditionelt kendetegnede socialt arbejde. Det aktuelle velfærdssamfund fokuserer i højere grad på indre og interpersonelle forhold hos den enkelte, som noget, der kan og skal forbedres, til fordel for et vigende fokus på sikring og omfordeling af ressourcer. Der sker således en forskydning fra det forsørgelsesorienterede fokus i 1960'ernes og 1970'ernes velfærdssat, med et højt kompensationsniveau og fokus på sikring af den enkeltes levestandard, til 2000'ernes og 2010'ernes fokus på personlige forhold og på en mere adfærdsmæssigt korrigerende dimension (Rasmussen, 2015:73). Det er afhandlingens antagelse, at en sådan udvikling påvirker relationen mellem frontlinjemedarbejder og borger i sygedagpengesager, fordi den har konsekvenser for problemforståelser hos aktørerne i dette møde, og derved for deres handlerum. Dette tema vil således blive afsøgt i afhandlingens analyser, hvor det løbende vil blive forsøgt udpeget hvorvidt en sådan problematik gør sig gældende, samt hvilken betydning den måtte have for samarbejdet omkring borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet og selvforsørgelse.

Parallelt med en udvikling, hvor både sygdom og ledighed i stigende grad anskues som individuelle problematikker, som den enkelte selv har ansvar for at håndtere, argumenterer Jacobi (2013) for et skifte. Det påpeges, hvordan måden hvorpå vi tidligere anså sygdom som et privat og personligt anliggende er blevet forskudt til i højere grad at blive opfattet som et område, som mange forskellige professionelle aktører kan involveres i at løse, såfremt sygdommen medfører manglende evne til selvforsørgelse. Den nuværende lovgivning lægger op til, at en række forskellige aktører og fagprofessionelle inddrages i borgerens forløb og behandling, igennem

klare opfordringer til tværfaglig koordination imellem disse forskellige aktører, og til en tæt virksomheds- og arbejdsgiverinddragelse (Beskæftigelsesministeriet, 2017b). Dette kommer meget direkte til udtryk, når man ser nærmere på de antagelser, som hele lovgivningen på området er baseret på (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Arbejdsgiver og kommune er således i stigende grad blevet involveret i de sammenhænge, hvor en borger berettiges til sygedagpenge, og sygdom er således ikke længere alene et anliggende for hverken sundhedssystemet eller privatsfæren (Jacobi, 2013:122). Vi bliver på denne måde vidne til et paradoks, hvor ansvaret for sygdom og sundhed i stigende grad påhviler den enkelte, men hvor sygdommen, når den opstår og hvis den medfører uarbejdsdygtighed, samtidig rykkes ud af privatsfæren og involverer en lang række forskellige aktører i løsningen. Der bliver tilmed tale om en specifik løsningsmodel, nemlig den der jf. diskussionen i afsnit 1.1., består af en stigende aktivgørelse af sygedagpengemodtagere, som sigter mod arbejdsmarkedsintegration.

Der er her tale om et tema som vil blive forfulgt yderligere i afhandlingens analyse. Det er opfattelsen, at måden hvorpå sygdom, privat- og arbejdsliv samfundsmæssigt set opfattes på, har betydning for tilrettelæggelsen af beskæftigelsesindsatser for mennesker, som i en periode står uden for arbejdsmarkedet. Når årsagen til sygdom på den ene side i stigende grad individualiseres, samtidig med at ansvaret for en hurtig tilbagevenden til arbejdet placeres hos en række forskellige offentlige og private aktører på beskæftigelses- social- og sundhedsområdet, sker der forskydninger, som det er interessant at kigge nærmere på. De kan i afhandlingens optik have en indflydelse på mødet mellem borger og frontlinjef professionelle, på samarbejdet på tværs af systemets professionelle aktører, samt i sidste instans på indsatsernes virkninger. I afhandlingens analyse vil dette perspektiv blandt andet blive anvendt til at diskutere mødet mellem sagsbehandlere og sygemeldte borgere, ligesom det vil blive inddraget i besvarelsen af spørgsmålet om, hvilke kontekstuelle rammer der er afgørende for, at indsatserne får de virkninger, som de er tiltænkt.

I det følgende afsnit sættes der fortsat fokus på koblingen mellem sygdom og arbejde. Der ses nærmere på en udvikling i brugen af rehabilitering som begreb, samt på forskellige opfattelser af sygdom, mestrings og forhandling, som er relevante for en forståelse af beskæftigelsesrettede indsatser over for sygemeldte borgere.

### 2.1.3 ARBEJDSRETTET REHABILITERING

Rehabilitering har igennem en årrække udgjort en samlet betegnelse for indsatser, som har til formål at bringe en borger tilbage til et oprindeligt funktionsniveau, trods sygdom. Selvom udbredelsen af rehabiliteringsbegrebet er blevet langt mere omfangsrigt i nyere tid, er arbejdet med funktionsnedsættelser noget, som dateres ganske langt tilbage (Jensen, Petersen og Stokholm, 2008:54). Rehabiliteringstankegangen tog fart i kølvandet på 1. verdenskrig, da mange invaliderede soldater og civile ofre for krigen blev en udfordring for en presset samfundsøkonomi. Hvor den helt tidlige samfundsopfattelse havde gået på, at funktionsnedsættelse var tegn på individuel svaghed, stod man nu i højere grad i samfundsmæssig gæld til de mange krigsveteraner, og havde samtidig økonomiske grunde til at sikre deres genindtrædelse på et trængt arbejdsmarked. I kølvandet på 2. verdenskrig blev behovet for genoptræning og inkludering af krigens ofre endnu engang aktualiseret, hvilket blev koblet sammen med efterkrigstidens markante medicinske fremskridt, som gav nye muligheder. Fokus var dengang centreret om biomedicinsk rehabilitering, med udgangspunkt i fysiske diagnoser og derpå følgende behandling (Jensen, Petersen og Stokholm, 2008:56). Siden 1960'erne begyndte man at opfatte *revalidering* som noget, der blev iværksat når den medicinske og lægelige del af et patientforløb var afsluttet, og man konstaterede et funktionstab i relation til arbejdsevnen (Labriola et al., 2014).

Jensen, Petersen og Stokholm (2008) skelner imellem netop *rehabilitering* og *revalidering*, hvor førstnævnte begreb ofte kobles til behandling og genoptræning, og hvor revalidering er en delmængde af rehabiliteringen, nemlig den del, som fokuserer på genindtræden på arbejdsmarkedet. Andre steder i litteraturen anvendes begreberne næsten synonymt og defineres desuden forskelligt igennem tiden, hvilket i 2002 gav anledning til nedsættelsen af en tværfaglig tænketank, som udgav den såkaldte Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet (2004). Her blev rehabiliteringsbegrebet defineret som følger:

*"En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borgere, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv".*

(Kilde: MarselisborgCentret, 2004).

Rehabilitering udgør i ovenstående definition en proces, der omfatter hele borgerens livssituation, men hvor behandling og genoptræning kan indgå som centrale elementer. Det er også denne forståelse, som vil blive lagt til grund for arbejdet i denne afhandling, når begrebet rehabilitering sættes i spil. Dog bemærkes det, at ovenstående definition ikke beskæftiger sig konkret med borgerens arbejdsevne, eller eksplicit har denne som en del af sin formålsbeskrivelse.

Målgruppen for afhandlingen, sygedagpengemodtagere i kategori 2, udmærker sig ved, at deres behov for indsatser, krydser grænserne mellem flere sektorer. Når denne afhandling ser på indsatser, som betegnes som *beskæftigelsesrettet* rehabilitering, har ordet *beskæftigelsesrettet* det formål at konnotere, at der er tale om udvalgte indsatser med rehabiliterende sigte, som gennemføres i regi af beskæftigelsesystemet og som sigter specifikt imod at styrke den sygemeldtes arbejdsevne. De indsatser, som senere præsenteres som afhandlingens empiriske omdrejningspunkt, udmærker sig ved, at de udspiller sig i et krydsfelt mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet, hvilket forudsætter en helhedsorienteret forståelse af rehabiliteringsbegrebet.

Modsat tidligere tidspunkters mere reduktionistiske opfattelse af rehabilitering som udelukkende et biomedicinsk anliggende, er der i litteraturen flere gange påvist en statistisk sammenhæng imellem ufrivillig langtidsledighed, fysiske og psykiske helbredsproblemer og sociale problemer (Dall, 2015:264). Uagtet hvorvidt der er tale om korrelationer eller kausalforhold (jævnfør diskussionen i afsnit 2.1.1), synes der således behov for at medtænke flere og mere sammensatte aspekter af en borgers situation, hvis vi vil skabe en helhedsforståelse af vilkårene for arbejdsmarkedsrelevant rehabilitering. Vi leder med andre ord efter en forståelse af rehabilitering, hvor også andre aspekter end de rent fysiologiske indtænkes, og hvor indsatserne derfor må koordineres imellem relevante fagprofessionelle på tværs af forskellige sektorer – herunder arbejdsmarkedet og sundhedsvæsenet (Jensen, Petersen og Stokholm, 2008:51-53).

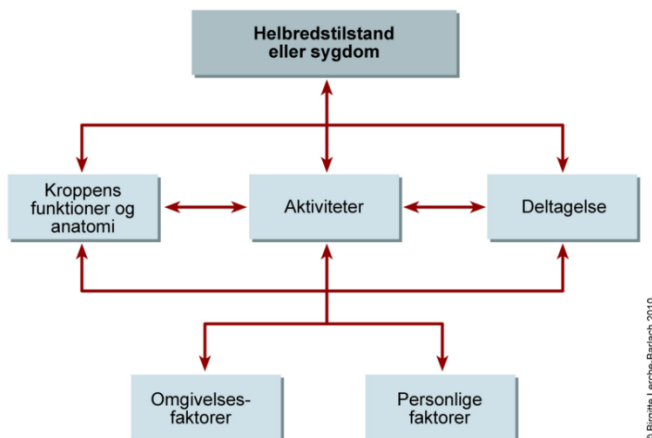
Forståelsen af sammenhængen mellem sygdom og *andre problemer* hos den enkelte er blevet udbredt over tid. Med eksempelvis udviklingen af arbejdsevnetoden i begyndelsen af 00'erne og introduktionen af den såkaldte ressourceprofil rettes fokus mod forskellige psykosociale aspekter af den sygemeldtes liv, imens den medicinske del henvises til at udgøre blot et enkelt afsluttende spørgsmål.<sup>10</sup> Udviklingen i

---

<sup>10</sup> Det viser sig dog i praksis, at det fortsat ofte er de lægelige aspekter, som er det primære fokus, når

perspektiverne på rehabilitering og i forståelsen af sygdom og uarbejdsdygtighed, læner sig således med tiden gradvist op af den såkaldte ICF-model<sup>11</sup>. Modellen kaldes også for den bio-psyko-soziale model og er en international klassificering af en persons funktionsevne, udviklet med henblik på tværfaglig anvendelse indenfor rehabilitering.<sup>12</sup> Modellen er udviklet af WHO og er bredt accepteret verden over på social- og sundhedsområdet (WHO, 2001). Ambitionen med ICF-modellen er at favne både fysiske, psykiske og sociale aspekter og anskueliggøre en gensidig påvirkning af de forskellige faktorer i den enkeltes liv. Modellen forsøger desuden at inkludere kontekstuelle faktorer, således at helbredssituationen ikke ansues isoleret. Den følgende figur illustrerer en simpel udgave af modellen:

Figur 2.1: Illustration af ICF-Modellen.



(Kilde: MarselisborgCentret et al., 2011)

I modellens venstre side refereres til de fysiologiske funktioner (herunder også de mentale) og eventuelle begrænsninger i disse funktioner. Aktiviteterne henviser til handlinger og konkrete handlingsbegrænsninger for en person, og deltagelse henviser til involvering i dagligdagen. Tilsammen danner dette lag således en beskrivelse af en

arbejdsevnetoden implementeres (Labriola et al., 2014).

<sup>11</sup> ICF er en forkortelse af International Classification of Functioning.

<sup>12</sup> Modellen anvendes i nogle kredse også som en model for smertehåndtering, snarere end bredere rehabilitering.

persons funktionsnedsættelser og deltagelsesevne. Herunder inddrages dels omgivelserne (bolig, sociale relationer, mv.), der omkranser individet og som forventeligt kan have en fremmede eller hæmmende virkning på funktionerne, sammen med personlige faktorer (livsstil, alder, køn, etnicitet, mv.), der forventeligt påvirker mestringsevne og adfærd. ICF-modellen er et forsøg på at sikre en ensartet tværfaglig forståelse af sygdom og handicap. Bonfils & Olsen (2013) argumenterer for, at ICF-modellen er særligt anvendt blandt professionelle med rødder i et sundhedsvidenskabeligt paradigme (læger, fysioterapeuter, mv.) og tjener det formål at bygge bro til en mere samfundsvidenskabelig og humanistisk tradition, som ofte dominerer uddannelses- og beskæftigelsesorienterede sammenhænge (Bonfils & Olsen, 2013:71). Modellen udtrykker en helhedsopfattelse af sygemeldte borgeres situation, som vil blive lagt til grund for nærværende afhandlings empiriske analyser. Modellen er dog også flere steder i litteraturen kritiseret for en reduktionisme, der oversimplificerer de komplekse sammenhænge, der omgiver helbredstilstand og rehabilitering. Modellen har været kritiseret for at overdrive de biologiske og determinerende aspekter af sygdom og medvirke til at reducere forståelsen af individets handlerum. (Bonfils & Olsen, 2013). Når modellen i denne afhandling lægges til grund for en forståelse af sygdom og rehabilitering og anvendes som referenceramme i de kommende analyser, sker det ud fra et forsøg på netop at balancere sammenhængene mellem modellens forskellige komponenter. Tanken er at sygdom, funktionsevne og derpå følgende deltagelse i (eller udelukkelse fra) arbejdslivet, er gensidigt påvirkede af individets omstændigheder og personlige forhold, uden at der er tale om kausale relationer mellem disse faktorer. Snarere er der tale om en forståelse af, at målgruppen for rehabiliterende indsatser ofte vil være i risiko for en kombination af fysiske og psykiske lidelser, sociale problemer og eksklusion fra sammenhænge, herunder særligt arbejdsmarkedet, og at samtlige af disse faktorer må inddrages i forståelsen af rehabiliteringsmulighederne.

Foreløbigt har teori afsnittet præsenteret en række begreber, som har handlet om sammenhængen mellem sygdom og arbejdsliv, om individ- og samfundsansvar, samt om begrebet *arbejdsrettet rehabilitering*. Både begreberne og diskussionen af ICF-modellens forskellige delelementer, vil i denne afhandling blive anvendt som redskab til at diskutere virkningerne af de beskæftigelsesrettede rehabiliteringsindsatser, i lyset af de mangesidede aspekter af en borgers sygedagpengesag, og de mange forskellige årsager til borgernes sygemelding. Det er formålet med inddragelsen af disse perspektiver i teori afsnit og analyse, at åbne for en forståelse af netop kompleksiteten i årsagerne til sygemeldingerne og for den sammenflettede betydning af arbejde,



sundhed og socialliv. I denne afhandlings optik får disse faktorer sammenhæng en betydning for, hvilke indsatser der forventeligt kan medvirke til at løse problemerne. I det kommende afsnit flyttes det teoretiske blik nærmere et borgerperspektiv. Det skal handle om, hvordan borgerne forstår, mestrer og forhandler deres sygdom, i relation til beskæftigelsessystemet og de indsatser, de stilles overfor.

## 2.2 SYGDOM, MESTRING OG FORHANDLING

Formålet med arbejdet på sygedagpengeområdet i dag, er ikke alene at sikre et forsørgelsesgrundlag for den sygemeldte i forbindelse med uarbejdsdygtighed. I stedet handler det om at sikre, at den enkelte borger er sygemeldt i så kort en periode som muligt, med efterfølgende tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Som vi også senere skal se i lyset af projektets empiri, er binære begreber som *syg* og *rask* ikke nødvendigvis modstridende eller gensidigt udelukkende kategorier i denne sammenhæng. Dette fordi en borger godt kan være *syg* på en måde, som forhindrer udførelsen af visse arbejdsopgaver, men ikke andre. Når man i sygedagpengesager således taler om raskmeldinger, skal dette opfattes som *rask nok til at varetage en given arbejdsfunktion*, også selvom der ikke nødvendigvis er tale om et komplet fravær af en patologisk tilstand. Denne forståelse spores blandt andet i den udbredte anvendelse af de såkaldte delvise raskmeldinger (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2015), hvor sygemeldte borgere genoptager dele af deres arbejdsfunktion i det omfang det er muligt. Det er dog en antagelse i afhandlingen, at denne opfattelse til tider vil være svær at kommunikere på tværs af sundheds- og beskæftigelsesområdet, samt mellem fagprofessionelle og borgere og at dette forventeligt kan skabe en række dilemmaer i implementeringen af de beskæftigelsesrettede indsatser. Hvornår en borger er *syg*, og hvilke former for lidelser, der kvalificerer sig under betegnelsen, er ikke spørgsmål med entydige svar. Ikke desto mindre er diskussionen relevant i en undersøgelse af sygemeldte og deres vej tilbage til arbejdsmarkedet og derfor vil en diskussion af aktørernes opfattelser af begreberne *syg* og *rask* være inkluderet i afhandlingens analyser.

Meinert & Paarup (2007) skriver om sygdom og sociale forhandlinger, at en tilstand i det menneskelige sind eller den menneskelige krop betragtes som patologisk, når den kategoriseres og anerkendes af andre som en sådan. Således demonstreres en ramme for sygdomsforståelse, som betones delvist af social konstruktion og som noget, der opstår i samspillet med den omverden, der omgiver det syge legeme

(Meinert & Paarup 2007:154). Hos Steffen & Melgaard (2007) diskuteres det, hvordan kulturelle aspekter af sygdom er medvirkende til at bestemme, hvornår visse af kroppens og sindets signaler, som vi konstant modtager, udgør nogle, vi reagerer på og kategoriserer som sygdomssignaler. Dette, argumenterer forfatterne, afhænger af, hvilke ideer om kategorien sygdom der produceres og reproduceres i den gældende kulturelle kontekst. Af denne grund er der forskelle på, hvordan grænsen mellem en syg og en rask tilstand drages (Steffen & Meldgaard 2007:63-66). I afhandlingen tages der med andre ord afsæt i en forståelse af sygdom, som kombinerer denne konstruktivistiske og kulturelle forståelse af sygdom, med et blik for ICF-modellens andre aspekter. Således anerkendes det, at sygdom og sygdomsforståelse har kulturelle og sociale konnotationer i kombination med de fysiologiske og biomedicinske, og at disse realiseres, forhandles og forstås i et samspil mellem den syge og dennes omgivelser. Det antages i afhandlingen, at dette har konkret betydning for den sygemeldtes samarbejde med fagprofessionelle i rehabiliteringsindsatserne, og for det udbytte, som forskellige borgere drager af forskellige indsatstyper. Forståelsen af sygdom som mere end blot en stribe fysiologiske anomalier vil blive brugt i analysen til at udfolde de mange faktorer, som ud over diagnosticébar sygdom alene også antages at påvirke udbyttet af en indsats for en sygemeldt.

For di sygdom hos den enkelte ikke udspiller sig i et tomt rum uden påvirkninger udefra, er det i en evaluering af rehabiliterende indsatser for sygedagpengemodtagere interessant at se på samspillet mellem de involverede aktører i sygedagpengeforløb og den enkelte sygemeldte. Herunder bliver det relevant at se nærmere på, hvordan den enkelte håndterer sin sygdomstilstand, som er defineret i samspil med vedkommendes omverden. Coping-begrebet anvendes i sundhedspsykologien og i den medicinske sociologi som en reference til menneskets ageren i forhold til sygdom. Der er tale om den problemløsende adfærd, med hvilken en person møder egne og omverdens krav (Müller & Elm Larsen, 2015:195) og perspektivet bliver særligt relevant i et studie af en sygemeldt borgers møde med det beskæftigelsessystem, som stiller vedkommende over for en række krav, som den sygemeldte er forpligtet til at efterleve. Samtidig med dette agerer dette system myndighed i vurderingen af borgerens ret til ydelsen, jf. diskussionen om ret og pligt fra afsnit 2.1.1.

Kaul & Kvande (1991) skelner imellem henholdsvis *mestring* og *tilpasning*, hvor førstnævnte henviser til en problemløsende adfærd med henblik på at afhjælpe en problematisk situation, mens sidstnævnte beskriver en adfærd baseret på strategier

og aktiviteter, rettet mod alternative løsninger på en problematik (Müller & Elm Larsen, 2015:195). Omsætter vi dette til en sygemelding, grundet eksempelvis en skade i skulderen, vil opsøgningen af relevant behandling i sundhedssystemet og løbende dialog med arbejdsgiver omkring tilbagevenden blive anskuet som en proaktiv mestring, som stemmer overens med lovgivningens krav og med de forventninger, som stilles i mødet med beskæftigelsessystemet. Om denne mestringsstrategi imidlertid er tilgængelig for alle borgere i målgruppen er til stadig diskussion (Müller & Elm Larsen, 2015), fordi mestringsevnen i praksis udfordres af andre aspekter af den enkeltes liv, eksempelvis sociale problemer, misbrugsproblemer eller stressproblematikker. En alternativ adfærd går således i retning af en mere passiv tilpasning til situationen og et fokus rettet mod alternative måder at omgå udfordringerne på, snarere end at løse dem.

Hvordan den enkelte sygemeldte agerer i forhold til egen sygdom vil forventeligt have betydning for mødet med beskæftigelsessystemet og for de virkninger, som en given indsats for denne sygemeldte kan have. Derfor inddrages dette perspektiv i afhandlingens senere analyse, for at skabe blik for betydningen af den enkelte borgers unikke situation og ageren i forhold til de aktive indsatser. Analyseme tager afsæt i de mestringsstrategier, som Müller & Elm Larsen (2015) har udviklet til at beskrive adfærdsmønstre hos udsatte borgere. I afhandlingen bliver dette koblet med den forståelse, som ses hos Mik-Meyer, Christensen & Johansen (2009). Her indrammes tre forskellige typer klientstrategier, som sygedagpengemodtagerne betjener sig af i mødet med de fagprofessionelle i jobcentrene.

Tabel 2.1 – Sygedagpengemodtageres copingstrategier.

De arbejdsorienterede	De sygdomsorienterede	De nedslidte
<p>Orienterer sig mod arbejdet, højt motiverede, høj arbejdsidentitet. Arbejder målrettet mod bedring.</p> <p>Vil gerne og tror på, at de kan.</p>	<p>Fokus på sygdom overskygger arbejdsidentiteten. Opmærksomme på diagnoser og begrænsninger.</p> <p>Motivation uafklaret og tror ikke på, at de kan.</p>	<p>Høj arbejdsidentitet, men præges af nedslidning og deraf funktionsnedsættelser, som besværliggør tilbagevenden.</p> <p>Vil gerne, men kan ikke.</p>

(Kilde: Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009)

Brugen af begrebet *strategi* i denne sammenhæng, kan kritiseres for at skabe en opfattelse af, at sygemeldte borgere bevidst og frivilligt indtager manipulerende strategier i mødet med sygedagpengesystemet. Dette er ikke hensigten med modellen, som er anvendt for at belyse, hvordan borgernes adfærd og orienteringsmåde, bevidst eller ubevidst, kan påvirke mødet med systemet og deraf forventeligt udbyttet af de beskæftigelsesrettede rehabiliterende indsatser. I analysen vil dette blive brugt som en mulig forklaringsramme, når sygemeldte borgere beskriver deres handlinger i relation til deltagelsen i beskæftigelsesrettede aktiviteter og deres erfaringer med virkningerne af de forskellige indsatser.

## 2.3 MENNESKER FLYTTER MENNESKER

Indtil nu er der i afhandlingen argumenteret for en forståelse af sygdom og uarbejdsdygtighed, som rækker ud over alene den enkeltes biomedicinske tilstand og derved også rummer andre aspekter af det hele liv. Blikket for betydningerne af sygdom og uarbejdsdygtighed må herudover også sættes i relation til individets egenopfattelser og mestringssevne, således som det blev beskrevet i afsnit 2.2. Yderligere kompleksitet tilføjes forståelsen ved en anerkendelse af, at det ligeledes er nødvendigt at anskue sygdom og uarbejdsdygtighed i relation og samspil mellem den sygemeldte

og rækken af fagprofessionelle aktører og organisationer, som involveres i en sygemeldingssag, jævnfør diskussionen i afsnit 2.1.2.

Fordi formålet med den samlede sygedagpengeindsats er at sikre, at så mange sygemeldte som muligt flyttes fra såkaldt passiv forsørgelse til aktiv genindtræden på arbejdsmarkedet, bliver det interessant at se nærmere på de aktører, som er involveret i denne proces, der skal flytte de sygemeldte fra én position til en anden, samt på den organisation som dette arbejde udspringer fra. De kommunale jobcentre kan som offentlige serviceorganisationer betegnes som såkaldt *menneskebehandlende organisationer*, hvis organisering og arbejde kendetegnes og udfordres af utydelighed omkring såvel organisationens *output* og organisationens *outcome* (Hansen, 2010:92). Dette betyder, at det er vanskeligt at observere og fastlægge på den ene side de jobcenteransattes daglige indsats og opgaveudførelse (*output*), og på den anden side at vurdere og måle resultaterne af dette arbejde (*outcome*). Dette knytter sig til at den arbejdsopgave og problemløsning som udføres i jobcentrene, kan grupperes i bunken af såkaldt *vilde problemer* eller *brydsomme problemer*, om hvilke der ikke nødvendigvis hersker konsensus om hverken problemets karakter eller dets løsning (ibid:86, Krogstrup, 2003). Kombinationen betyder at arbejdet i jobcentrene er forbundet med en høj grad af usikkerhed, og at det som bedst lader sig styre i en sådan organisation, primært handler om overordnede forhold, herunder økonomi, tidsplanlægning, opfølgning, kategoriseringer og anvendelse af skemaer og anden registrering (Hansen, 2010), snarere end det egentlige indhold i opgaveløsningen.

Centralt i jobcentrenes arbejde med blandt andet sygedagpengeforløb, står naturligvis jobcenterets sagsbehandler. Som frontlinjemedarbejder varetager sagsbehandleren blandt andet kategoriseringen af den sygemeldte<sup>13</sup>, indkalder til de lovpligtige møder og samtaler med borgerne, visiterer borgerne til relevante beskæftigelsesrettede rehabiliteringstilbud og sikrer løbende opfølgning på borgerens sag. Afhandlingens udgangspunkt er at disse opgaver i krydsfeltet mellem social- og beskæftigelsesarbejde kræver at sagsbehandlerne navigerer mellem både professionelle og personlige erfaringer, værdier, normer og holdninger, samt vejledninger og krav fastlagt både internt i organisationen og i lovgivningen på området (Winter & Nielsen, 2008; Skals, 2016:69). Samtidig påvirkes udførelsen af arbejdsopgaverne også af de formelle og uformelle træk ved den organisation, som

---

<sup>13</sup> Denne opgave varetages dog også i mange kommuner af administrativt personale ved borgerens indledningsvise kontakt til jobcenteret.

arbejdet udføres i (Jacobsen & Thorsvik, 2017). Det er afhandlingens udgangspunkt at organiseringen af indsatserne i samspil med de administrative og arbejdskulturelle rammer for arbejdet i jobcentrene medvirker til at præge frontlinjemedarbejdernes handlingsmæssige råderum (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2009).

I denne afhandlings analyse bliver det klarlagt, hvem disse sagsbehandlere i sygedagpengesagerne er, hvilke antagelser de arbejder ud fra og hvordan de vurderer, hvilke tilbud der er relevante for forskellige borgere. Afhandlingen læner sig i denne sammenhæng op ad den forståelse, som hentes særligt hos Lipsky (1980), hvor frontlinjemedarbejderen udgør et centralt led i den parlamentariske styringskæde i forbindelse med implementeringen af velfærds politik. Idéen om den parlamentariske styringskæde beskriver i sin rene form en samfundsproces, hvor det af folket valgte politiske system vedtager en række love, som herefter føres ud i livet af forvaltningsapparatet i en ubrudt kæde, og omsætter folkets vilje igennem valg, lovgivning, apolitisk forvaltning og kontrol. Denne klassiske opfattelse bliver udfordret af en forståelse, som tillægger frontlinjemedarbejderne indflydelse på den velfærds politik, som de udgør det sidste led i leveringen af (Winter & Nielsen, 2008). Perspektivet på frontlinjens betydning kobles til perspektivet på de organisatoriske betingelser for indsatserne i de kommunale jobcentre (Hansen, 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2017) og anvendes i afhandlingens analyse til at skabe blik for de strukturelle rammers betydning for indsatsernes virkning. Interessen i frontlinjens betydning for implementeringen af vedtagen politik har været støt stigende igennem de seneste årtier, i lyset af en grundlæggende konsensus om, at disse leverandører af offentlig politik til befolkningen i sidste ende sidder tilbage med et vist skønsmæssigt råderum, trods lovgivninger, retningslinjer og internt vedtagne regler (Lipsky, 1980; May & Winter, 2007; Winter & Nielsen, 2008). Det er afhandlingens antagelse, at forvaltningen af dette råderum øver indflydelse på sygedagpengemodtagernes forløb og at frontlinjens tilgang kan have betydning for virkningerne af en given indsats. Derfor vil analysen se nærmere på både sagsbehandlernes levering af lovgivningen på sygedagpengeområdet, særligt i forhold til visitationen af borgeren til konkrete rehabiliterende indsatser, men også på rækken af øvrige frontlinjemedarbejdere, som er involveret i leveringen af de beskæftigelsesrettede rehabiliteringsindsatser.

Jacobi (2013) analyserer frontlinjepraksis i mødet med sygedagpengemodtagere, og sondrer imellem en henholdsvis ortodoks og heterodoks sagsbehandlerpraksis. Førstnævnte orienterer sig imod skjulte motivationsvurderinger af den sygemeldtes frie vilje til at opnå selvforsørgelse, og er således centreret omkring retten til at

modtage sygedagpengeydelsen. Den ortodokse orientering fokuserer på at inddrage lægelige erklæringer med det formål at be- eller afkræfte eksistensen af biomedicinske diagnoser (ibid:135). Denne tilgang beskrives som udfordrende for helhedssynet i sagsbehandlingen og karakteriseres som en top-down tilgang. Sidstnævnte position, den heterodokse orientering, udfordrer den ortodokse tilgang igennem et fokus på medinddragelse af borgeren. Her indtræder sagsbehandleren i rollen som beskæftigelsesfaglig ekspert snarere end myndighedsperson, og fokuserer på fastholdelse og inddragelse af eksempelvis arbejdsgiver, snarere end på retten til offentlig forsørgelse (ibid:145). Tilgangen betegnes, grundet sit udgangspunkt i dialog med borgere og fokus på medinddragelse, som en bottom-up helhedsorienteret tilgang. Disse to arketyper af frontlinjepositioner påvirkes i vidt omfang af jobcenterledelsens professionsstyring. De vil i afhandlingen blive brugt til at diskutere sagsbehandlerens roller, orienteringsmåder og relationer til sygedagpengemodtagerne, samt betydningen af dette, når det kommer til virkninger af de rehabiliterende indsatser. Begreberne vil blive udbredt til at omfatte andre frontlinjefaglige end sagsbehandlerne alene, også selvom disse ikke er omfattet af et decideret myndighedsansvar.

Lovgivningen på sygedagpengeområdet lægger nemlig op til inddragelsen af andre professionelle aktører ud over jobcenterets sagsbehandler, uden konkret at specificere, hvilke faggrupper dette dækker over (Beskæftigelsesministeriet, 2017b). Centrale aktører i denne sammenhæng vil antageligt være den sygemeldtes privatpraktiserende læge, andre behandlere i sundhedssystemet, den sygemeldtes arbejdsgiver, samt eventuelt andre offentlige aktører, hvis sådanne af forskellige årsager er involveret i borgerens liv. I tillæg hertil inddrages forskellige frontlinjegrupper i de konkrete tilbud, som borgeren visiteres til, eksempelvis fysioterapeuter, psykologer, virksomhedskonsulenter, diætister, coaches, mv. Disse grupper, og ikke mindst deres relation til og opfattelse af borgerne og deres lidelser, antages at øve indflydelse på borgerens sygeforløb og eventuelle udbytte af et rehabiliterende tilbud og vil derfor blive inddraget i besvarelsen af forskningsspørgsmålet om, hvilke betingelser der øver indvirkninger på, om aktive rehabiliterende beskæftigelsestilbud får de tiltænkte virkninger. Igennem afhandlingens analyser vil der blive set nærmere på disse forskellige grupper af professionelle, på betydningen af deres tilgange til og arbejde med borgerne, samt ikke mindst på vilkårene for det tværfaglige samarbejde, som går igen i lovgivningsmaterialet som en af områdets mest centrale antagelser (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

Diskussionen i afhandlingens analyser vil blandt andet centrere sig om at udpege, hvornår der er tale om egentligt tværfagligt eller måske endda tværprofessionelt samarbejde (Højholdt, 2016), eller om der snarere eksisterer et flerfagligt samarbejdsforhold mellem de involverede aktører. Hvor førstnævnte to begreber henviser til en integration af flerfaglige perspektiver med henblik på ny viden i opgaveløsning, henviser flerfagligheden til mere isoleret og parallelt arbejde omkring en problemstilling (ibid:76). Det er afhandlingens antagelse, at karakteren af samarbejdet imellem de involverede aktører i sygedagpengesager øver indflydelse på den viden der etableres og sættes i anvendelse omkring borgerens tilstand og sag, og at dette ultimativt medvirker til at påvirke virkningerne af den indsats som iværksættes. Således anvendes perspektivet i afhandlingens analyser til at åbne op for en forståelse af samarbejdets betydning som medvirkende kontekstuel påvirkning af indsatsernes resultater.

Frontlinjeperspektivet vil blive anvendt i afhandlingens analyser til at åbne for en forståelse af, at beskæftigelsesindsatserne over for sygemeldte ikke eksisterer eller leveres uden påvirkning af de frontlinjemedarbejdere, som udfører opgaverne. Det er en antagelse, at eventuelle virkninger i givne indsatser kan vise sig at handle om netop relationelle aspekter i forholdet mellem borgeren og frontlinjepersonalet, og derfor må disse aspekter gives plads i en undersøgelse af netop indsatsernes virkninger, trods deres komplekse og til tider svært konceptualiserbare natur. Tidligere forskning indenfor psyko-sociale indsatser, og indsatser i socialt arbejde, har nemlig af flere omgange peget på muligheden for, at det ikke er indsatser og aktiviteter alene som påvirker de resultater som opstår, men at opnåelse af målsætninger i høj grad også handler om individuelle, relationelle og strukturelle faktorer (Hubble, 1999; Blom & Morén, 2010). Dette perspektiv, i litteraturen ofte benævnt som *Common Factor Theory* (Laska & Wampold, 2014) vil blive afsøgt i afhandlingens analyser og medvirke til identifikationen og forklaringen af særligt den del af afhandlingens problemformulering, som beskæftiger sig med hvordan vi kan forklare eventuelle virkninger af indsatserne, og hvilke omstændigheder og betingelser der er afgørende for at de opstår. Dette teoretiske perspektiv, som handler om at andet end selve indsatsernes aktiviteter kan medvirke til at forklare hvilke virkninger borgerne opnår ved deltagelse i indsatserne, kobles i afhandlingen til en del af forklaringerne på hvad der virker for hvilke borgere og netop under hvilke omstændigheder (Blom & Morén, 2010).



## 2.4 OPSUMMERING

Kapitel 2 blev indledt med en diskussion af en række centrale begreber på sygedagpengeområdet og en udvikling i opfattelserne af henholdsvis sygdom, sundhed, arbejde og forsørgelse, som alle forventeligt har indflydelse på den måde, hvorpå sygedagpengeområdet i dag reguleres og indsatserne tilrettelægges. I kapitlet gennemgås teoretiske perspektiver på sygdom, rehabilitering og arbejde og dette kobles til en afklaring af afhandlingens forståelse af sygdom og uarbejdsdygtighed som noget, der strækker sig ud over en biomedicinsk forståelse og således også trækker på et psykosocial og relationelt perspektiv. De teoretiske temaer, som er blev draget frem i afsnittet, har handlet dels om forskellige måder at anskue arbejdsmarkedets rehabilitering på, dels om forskellige tilgange til sygdomsmestring, samt om sygdomsopfattelser som sociale forhandlinger. Afslutningsvis præsenteredes en teoretisk vinkel på frontlinjens indvirkning på leveringen af velfærdsstatslige ydelser, og på betydningen af de organisationer som arbejdet med sygedagpengesager foregår i. Dette blev koblet til en perspektiv på betydningen af det tværfaglige samarbejde mellem centrale aktører involveret i en sygedagpengesag, fra social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet.

Afhandlingen har foretaget en række teoretiske afgrænsninger af perspektiver, som trods deres potentielle relevans ikke vil blive inddraget i analysearbejdet, af hensyn til afhandlingens fokusområde. Således afskærer afhandlingen sig eksempelvis fra at behandle et egentligt diskursanalytisk og magtteoretisk perspektiv på arbejdet med sygedagpengesager, og på mødet mellem sygedagpengemodtagere og beskæftigelsessystem. Et sådant fokus kunne ellers forventeligt bidrage til en forståelse af diskurserne på beskæftigelsesfeltet som strukturerende for den praksis der udføres af de fagprofessionelle, og for betydningerne af de magtforhold som er på spil mellem organisationen, de fagprofessionelle og borgerne (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Samtidig kunne et diskursteoretisk perspektiv bidrage til en forståelse af den indflydelse, som både det politiske niveau og medielandskabet øver på arbejdet på beskæftigelsesområdet. Fravalgene er truffet ud fra en hensyntagen til afhandlingens problemformulering, som med sit fokus på dels at belyse indsatsernes effekter og dels at forklare og situere disse effekter i deres kontekstuelle betingelser, ikke umiddelbart lægger op til en nærmere analyse af disse perspektiver.

En yderligere afgrænsning er foretaget i forhold til afhandlingens relativt begrænsede inddragelse af teori fra det sundhedsfaglige og medicinske område, som ellers i

relation til sygedagpengesager potentielt kunne bidrage med en mere objektiv og sundhedsfaglig vinkel på borgernes helbreds mæssige tilstand – og forventeligt derved også bidrage til en forståelse af sammenhængen mellem denne tilstand og de indsatser, som iværksættes, samt virkningerne heraf. Men fordi afhandlingens fokus i stedet er placeret inden for det sociologiske og politologiske felt i kombination med et blik for det sociale arbejde, bliver det således i højere grad frontlinjemedarbejdere og borgeres udsagn omkring de fysiologiske og psykologiske tilstande, der gøres til genstand for afhandlingens analyser, snarere end en egentlig måling og diagnostisk vurdering af disse tilstande.

Efter i det foregående afsnit at have redegjort for afhandlingens teoretiske udgangspunkter og deres anvendelse, ser det kommende afsnit nærmere på, hvorfor beskæftigelsesområdet og dets opgaver er et udfordrende område at bedrive evaluering og forskning på, samt hvilken evalueringsmodel der lægges til grund for den konkrete empiriske undersøgelse, som denne afhandling baseres på.

# KAPITEL 3: EVALUERINGSTEORI OG UNDERSØGELSENS EVALUERINGSDESIGN

*“En forskers dilemma består i at vælge modeller, som er simple nok til at agere værktøjer for refleksion, men ikke så simple, at deres forklaringer bliver for unøjagtige. Enkelt formuleret handler videnskabens basale dilemma om, hvor meget man kan simplificere virkeligheden”.*

Hubert Blalock (1964), egen oversættelse.

## 3.1 VILDE PROBLEMER PÅ KOMPLEKSE OMRÅDER

Det følgende kapitel har til formål at udfolde valget af evalueringsmodel i afhandlingen og redegøre for de metodiske og videnskabsteoretiske overvejelser, som har været forbundet hermed. Dertil knyttes løbende overvejelser, om denne type evalueringsforsknings karakter og betydning.

Gennemtænkte evalueringsdesign medvirker til at skabe sammenhæng, gennemsigtighed og struktur for det, vi gerne vil vide. Det er nødvendigt, at anskueliggøre, hvad vi gerne vil vide, og konstruere forskningsobjektet, så de nødvendige spørgsmål kan stilles. Evert Vedung (2009) præsenterer i sin model for valg af evaluering, hvordan såvel problemstilling, formål, organiseringen af en evaluering, afgrænsningen og implementeringen, sammen med resultaterne og evalueringens anvendelse, alt sammen må lægges til grund for valget af en adækvat evalueringsmodel (Vedung, 2009:159).

Sociale indsatser, som iværksættes i en forventning om at skabe sociale forandringer på områder, der ansues som problemfyldte, er af Krogstrup (2003:17-19) blevet beskrevet som såkaldt *vilde* eller *brydsomme problemer*, således som det også blev fremført i kapitel 2. Ved disse problemer vil der ofte herske uenighed om, hvordan de bedst afhjælpes, hvorvidt de overhovedet udgør et egentligt problem, samt hvad der er roden til deres opståen. Der vil ligeledes ofte være uenighed om, hvorvidt de iværksatte foranstaltninger på området i tilstrækkelig grad løser de problemer, der er tale om (Bundesen, 2015:31-32). Hvor *tamme problemer* har en mere objektivt defineret og målbar bedste løsning, vil vilde problemers bedste løsning ofte afhænge af aktørernes forskellige vurderinger (Krogstrup, 2003:26-27). Hos Funnel & Rogers

(2011) skelnes mere gradueret imellem henholdsvis simple, komplicerede og komplekse problemstillinger på områder, der også rækker ud over socialområdet (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016).

Rehabiliterende beskæftigelsesindsatser for sygemeldte må karakteriseres som et vildt eller komplekst problem, fordi der hersker uenighed om både problemets beskaffenhed og dets løsninger. Om denne afhandlings forskningsinteresse har vi i kapitel 1 og 2 klarlagt, at der er tale om et omskifteligt problemfelt af kompleks karakter, hvori flere sideløbende indsatser pågår og studeres simultant, og hvori der indgår forskellige aktører med forventeligt forskellige motiver og målsætninger. Samtidig blev der præsenteret en erkendelsesinteresse for afhandlingen, som fokuserer på at undersøge både, hvorvidt indsatser over for sygemeldte i målgruppen virker, og hvordan disse virkninger opstår, for hvilke grupper af borgere det er tilfældet, samt i hvilke sammenhænge det forekommer. At skulle håndtere denne type bredt sammensatte problemstillinger i en evaluering har betydning for valget af evalueringsmodel (Krogstrup, 2006), fordi der er tale om mange forskellige interagerende variable, som gør det svært at isolere og pege på, hvori det optimale eller problematiske i en indsats består (ibid:28). Der er behov for en evalueringsmodel, som kan imødekomme og besvare de opstillede undersøgelsesspørgsmål, og som metodisk muliggør analyser, der omhandler såvel indsatsernes processer som deres effekter (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016).

Evaluering opfattes sædvanligvis som en fællesbetegnelse for forskellige former for retrospektiv vurdering af et område, ofte tiltænkt en praktisk anvendelse (Vedung, 2009). Dette kan i nogle sammenhænge opfattes som en kontrast til den traditionelle forsknings fokus på produktionen af mere generel viden, men det er denne afhandlings opfattelse, at der dette til trods ikke er tale om nogen principiel forskel på vidensproduktionen i henholdsvis forskning og evaluering. I denne afhandling angribes evalueringsprocessen ved brug af en række samfundsvidenskabelige metoder, og når begrebet evalueringsforskning anvendes, gøres dette for at signalere at ph.d.-projektet på den ene side har søgt (forskningsmæssigt) at udrede og kortlægge dele af feltet, udviklingen og lovgivningen på sygedagpengeområdet, og på den anden side samtidig har foretaget en række retrospektive (evalueringsmæssige) vurderinger på baggrund af en række fastsatte kriterier.

## 3.2 BRO MELLEM SKYTTEGRAVENE

Evalueringer, evidens og fokuseringen på evidensbaseret praksis inden for velfærdsstatens forskellige policy-områder har været til fortsat diskussion igennem de seneste år (Krogstrup, 2006; Pawson, 2006; Rieper & Hansen, 2007; Dahler-Larsen, 2013; Bundesen & Falcher, 2014). Det sociale arbejde, også på beskæftigelsesområdet, forventes at kunne dokumentere værdi og virkninger af de indsatser, som iværksættes. Området har været vidne til en omfattende og systematisk interesse i at akkumulere viden om, hvad der virker, og dokumentation og evaluering har i stigende grad indtaget en rolle som styrings- og forvaltningsværktøj (Bunesen & Hansen, 2010; Bundesen & Falcher, 2014).

Hos Evert Vedung (2015) beskrives anvendelsen af evaluering som noget, der har præget politik og forvaltning siden 1960'erne. Snarere end at tale om en stigning i evalueringsaktivitet, beskrives det, hvordan evalueringsdiskussionerne har taget form af en række *bølger*, som i hver deres tidsperiode har domineret opfattelsen af evalueringsmodeller og deres anvendelse (ibid:37). Den fjerde og nyeste bølge i evalueringslandskabet er den i litteraturen ofte omtalte *evidensbølge* (ibid:56). Hansen & Rieper (2009) betegner evidensbevægelsen som en social bevægelse med evidensbegrebet i centrum, der omfatter ændringer hos aktører, i videnskabsteoretiske paradigmer, politiske styringslogikker og strukturer. Forfatterne påpeger også, at evidensbegrebet anvendes forskelligt på tværs af forskellige sektorer, med rod i de forskellige områders faglige traditioner (Rieper & Hansen, 2007).

Der findes således forskellige måder at håndtere og forstå evidensbegrebet på, fra at fokusere på hårde facts af uomtvistelig karakter i den ene ende af spektret, henover en bredere forståelse af den for nuværende aktuelt bedste viden på et givet område i den anden ende (Rieper & Hansen, 2007). Disse forståelser læner sig tæt op ad de metodetraditioner, som forskellige faglige traditioner betjener sig af, og evidensdiskussionen indlejrer sig således i en række af samfunds- og humanvidenskabernes centrale diskussioner af både videnskabsteoretisk og metodisk karakter. Med evidensbevægelsen er metodediskussionerne på flere måder gået fra at være forskernes gebed, til også at blive diskuteret både politisk og fagprofessionelt (ibid.). Kort fortalt vil vi som samfund gerne have viden om, hvad der virker i de indsatser, vi iværksætter, skabt igennem evalueringer, som derefter omsættes til politik og forvaltes til praksis. Denne forestilling om en rationel beslutningskæde er dog mange steder blevet udfordret (Foss Hansen, 2016; Dahler-Larsen, 2016) og måden,

hvorpå vi konkret sikrer denne viden, og ikke mindst hvordan vi omsætter den til praksis, er genstand for fortsat uenighed.

Når diskussionerne på socialområdet har drejet sig om frembringelsen af evidens, er det ofte sket med reference til det såkaldte evidenshierarki. Betegnelsen omfatter en hierarkisering og værdisætning af forskellige metoder til frembringelse af kausal viden, med en klar prioritering af naturvidenskabeligt inspirerede eksperimentelle forsøg, der gennemgående betjener sig af kvantitative metoder. De såkaldt randomiserede kontrollerede forsøg (RCT-studierne) rangerer i toppen af dette hierarki, og er kendetegnet ved at ville isolere effekterne af en given indsats, ved at sammenligne resultater mellem tilfældigt fordelte indsats- og kontrolgrupper, og samtidig holde alle andre variable konstante. Såfremt der noteres en forskel på gruppernes *outcome* efter indsatsen, tilskrives denne effekt den iværksatte indsats. En række andre forsøgstyper af eksperimentel og kvasi-eksperimentel karakter rangerer ligeledes i toppen af hierarkiet. Disse tilgange kritiseres dog for at have problemer i forhold til evalueringer af komplekse områder, både metodisk og videnskabsteoretisk, fordi det på social- og beskæftigelsesområdet langt fra altid er muligt at konstruere eksperimentelle laboratorielignende tilstande. Disse design kritiseres desuden ofte for udfordringer med at håndtere det såkaldt kontrafaktiske problem, altså det at man ikke med sikkerhed kan vide, hvad der var sket, hvis indsatsen ikke havde været iværksat (Vedung, 2009:217).

Hos Dahler-Larsen (2013:100) påpeges desuden, at randomiseringsforsøgene i givne situationer ikke er moralsk forsvarelige. Hvis en indsats har lovende effekter, kan man ikke forsvare at afholde visse kontrolgrupper fra at modtage den. Omvendt kan man ikke tillade sig at rulle indsatser ud over indsatsgrupperne, hvis deres virkninger er ukendte. Selv hvis det er praktisk og etisk muligt at arbejde udelukkende med eksperimentelle design, kritiseres det dertil, at eksperimentelle design ikke formår at rumme kompleksiteten i sociale indsatser, og at metoden dermed giver forenkede løsninger på problemer, som ikke kan forstås isoleret fra deres øvrige sammenhæng (Dahler-Larsen, 2013; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Samtidig beskæftiger denne type studier sig sjældent med at adressere, hvordan og hvorfor indsatserne virker, og der produceres ganske ofte resultater, som ikke er konsistente over tid (Pawson & Tilley, 1997), en problemstilling som også kendes fra sygedagpengeområdet (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Dette til trods, har der igennem tiden været gennemført op til flere RCT-studier på sygedagpengeområdet, herunder *Det Store TTA-projekt* og projektet *Aktive – hurtigere tilbage* (Bredgaard &

Sieling-Monas, 2015). Til RCT-studiernes forsvar kan fremhæves netop deres evne til at skelne mellem effekterne for sammensatte kontrol- og indsatsgrupper og forsøge at henvise disse effekter til specifikke indsatser.

Dahler Larsen (2013:106) kritiserer dog den ophøjelse af klassisk kausalanalyse, som ligger i de randomiserede forsøg og den evidenshierarkiske tilgang til vidensproduktion, for forestillingen om, at man kun via variation i en uafhængig variabel, ser sig i stand til at sige noget om virkninger af en indsats. Høgsbro (2013) betegner denne tendens som en "*bemærkelsesværdig dekobling af de subjektive elementer i processen, herunder samspillet mellem professionelle og brugere*". Argumentet er, at man i eksperimentelle evalueringer forsøger at lægge indsatserne uden for både borgeren selv og den professionelle i frontlinjen, som der samarbejdes med, på en måde som om, subjekterne ikke har indflydelse på indsatserne og deres virkninger. Dette får Høgsbro (2013:121) til at foreslå, at evidensbaseret i den metode-hierarkiske forstand ligefrem står i et modsætningsforhold til eksempelvis rehabilitering, fordi den bygger på en fejlagtig forståelse af, at en indsats og dens virkninger kan afkobles fra de subjekter, den omfatter.

Når Vedung (2001:56) beskriver den fjerde evalueringebølge som *evidensbølgen*, drager han paralleller tilbage til 1960'erne og taler om en slags renæssance for de kontrollerede forsøg. Nederst i det omtalte evidenshierarki, og altså tillagt den laveste videnskæssige værdi, finder vi den primært kvalitativt frembragte evidens i form af brugerundersøgelser og ekspertudsagn (ibid.). Disse typer af evalueringer søger imod en forståelse af indsatsernes indhold og form, og fokuserer på de involverede aktørers oplevelser, vurdering og erfaringer med en indsats. Der sker således et metodisk skifte, fra de eksperimentelle designs' fokus på kvantitative effektmål til de processuelle evalueringers fokus på kvalitativt frembragt viden. Procesevalueringer søger traditionelt set ikke at etablere kausale årsagsforklaringer, men er centreret om at demonstrere, hvordan indsatser virker og opleves af de involverede aktører. Kausalteorien erstattes således ofte af de deltagende aktørers perspektiv og undersøger indsatsernes konsekvenser og formidler den sammenhæng, de er opstået i, hvilket får Pawson & Tilley (1997) til at definere traditionen som *konstruktivistisk* (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:338). Problematisk for procesevalueringer er dog til gengæld, at de ofte kan kritiseres for ikke at beskæftige sig med netop effekterne og størrelsen af effekterne på indsatserne, og således ikke at tilbyde svar på spørgsmålene om, hvorvidt indsatser fører til målbare resultater. Et

andet ofte fremført kritikpunkt går på vanskelighederne ved at generalisere resultaterne fra én kontekst til en anden.

I mellem de to skitserede poler i evidensdiskussionen er også fremvokset evalueringstraditioner, som kan anskues som en slags brobyggere imellem de effektorienterede og de procesorienterede tilgange (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:336). Denne afhandling har valgt at tage sit evalueringsteoretiske afsæt i en evalueringstradition, som af Dahler-Larsen & Krogstrup (2003) er blevet betegnet som *virkningsevaluering*. Virkningsevaluering er den danske pendant til *realistic evaluation*, som kendes fra særligt Pawson & Tilley (1997), Pawson (2006; 2013) og fra teori-baseret evaluering (Weiss, 1972; Chen, 1990). Virkningsevaluering betegner en teoridreven evalueringstilgang, som tager udgangspunkt i elementer fra den realistiske evalueringstradition, men betoner et andet videnskabsteoretisk afsæt end den kritiske realisme, som realistisk evaluering traditionelt er tæt forbundet med. Denne diskussion udfoldes nærmere i afsnit 3.1.1. Indholdsmæssigt og metodisk er der dog en lang række fællestræk mellem virkningsevaluering og realistisk evaluering, hvorfor de også i flere tekster fremtræder mere eller mindre synonymt (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Virkningsevaluering og realistisk evaluering kan ses som både en kritik af og et supplement til de eksperimentelle evalueringstraditioner, i forsøget på at kombinere perspektiver, der interesserer sig såvel for effekter som for processer i sociale indsatser. Afhandlingen indplacerer sig i denne opfattelse af RCT-studiernes begrænsninger i studiet af komplekse indsatser og ønsker at betone en forståelse af subjekternes betydning for virkningerne af en indsats og kontekstuelle faktoreres afgørende indvirkninger på samme, snarere end at påvise et kausalforhold mellem A og B (Blom & Morén, 2010). Afhandlingen har til formål at arbejde med spørgsmål om, hvilke indsatser der virker, for hvem de virker, og i hvilken kontekst de virker. Der ligger i virkningsevaluering en forståelse af, at indsatser ikke virker ens for alle deltagere, og at der derfor findes erkendelsesmæssige begrænsninger i opsætningen af eksperimentelle forsøg, hvis de ikke tager højde for kompleksiteten i sammenhængen. I denne afhandling formuleres således et bredere evidensbegreb (Rieper & Hansen, 2007), end den forståelse, som har domineret Vedungs *fjerde bølge* (Vedung, 2015). Den gennemgående brug af virkningsbegrebet er bevidst og skal signalere, at sygedagpengeområdet undersøges for mere end blot indsatsernes effekt på en defineret outcome-variabel. I stedet understreger virkningsbegrebet, at virkninger af en indsats også kan udgøres af fænomener, der ikke umiddelbart lader sig måle og veje. Brugen af virkningsbegrebet skal signalere, at der i ligeså høj grad er en interesse i at undersøge de processuelle aspekter af



indsatserne og deres implementering, samt en anerkendelse af, at både kvalitativt og kvantitativt frembragt viden kan bidrage med en forståelse af netop, hvorfor og hvordan givne resultater opstår.

### 3.3 VIRKNINGSEVALUERING PÅ SYGEDAGPENGEOMRÅDET

Dette afsnit består af en redegørelse for brugen af virkningsevaluering som evalueringsmodel, og en forklaring af tilgangens grundbegreber. Afsnittet vil desuden fokusere på at udfolde styrker og begrænsninger ved modellen og dens anvendelse til evaluering af beskæftigelsesindsatser.

Et styrende princip i virkningsevaluering er arbejdet med programteori (Funnell & Rogers, 2011; Dahler-Larsen, 2013). Programteori er en samlebetegnelse for antagelser om, hvad der forbinder en indsats for en bestemt målgruppe med resultater i en given sammenhæng (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Når man arbejder med virkningsevaluering, tager man udgangspunkt i at konstruere, afprøve og fortløbende forstærke programteorien, og tydeliggøre de forventede forbindelser mellem årsag (indsatsen) og virkning (resultaterne). Man arbejder således med at åbne den såkaldte "sorte boks" i indsatserne, som ellers ikke tilstrækkeligt belyses, hvis man alene interesserer sig for, om en indsats virker. Med programteori ser man nærmere på, hvad det er, der får en indsats til at virke, hvorfor, hvordan og under hvilke omstændigheder (Ibid.). Vi ved langt fra altid, hvorfor en given aktivitet eller indsats medfører det givne resultat. Ved at anvende en programteori kan man åbne boksen og afdække de processer, som leder fra input til output. Uden en programteori kan det være svært at forklare de evalueringsresultater man er nået frem til. En programteori illustrerer trinnene fra input til output og synliggør, hvorfor et trin leder til det næste (Funnell & Rogers, 2011:5-6).

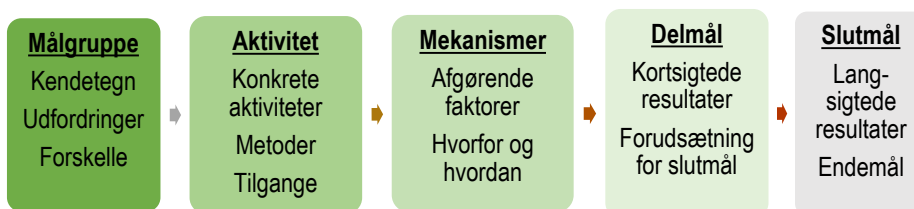
Funnell og Rogers (2011) definerer et program som alle typer af interventioner, herunder eksempelvis et projekt, en strategi eller en politik. Det er dette, som i denne afhandling benævnes som *indsatser*. En god programteori består af både *forandringsteori* og *handlingsteori*. Førstnævnte er den mekanisme, der skaber forandring hos deltagerne og får dem til at ændre adfærd, altså centrale processer igennem hvilke forandringer finder sted. Et eksempel herpå kan være sociale normer, som driver folk til at ændre en given adfærd. Handlingsteorien forklarer i tillæg til dette,

hvordan indsatsen konstrueres til at *aktivere* forandringsteorien, altså hvordan indsatsen eksempelvis medvirker til at ændre en social norm (ibid.).

Programteori kan præsenteres og opbygges forskelligt, og anvendes i øvrigt flere steder som både planlægnings- og styringsværktøj, eller som udgangspunktet for en empirisk efterprøvning i en konkret evaluering (Dahler-Larsen, 2013; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Det er den sidstnævnte funktion, som programteori i denne afhandling har haft. Det programteoretiske arbejde i afhandlingen vil bestå i at formulere de antagelser, som ligger til grund for de sygedagpengeindsatser, der undersøges. Dette skal synliggøre, hvorfor indsatserne forventes at virke for målgruppen, og hvilke mekanismer der forventes at være på spil. De skal udpensle, hvilke delmål og endelige slutmål indsatserne forventes at føre til, og hvilke kontekstuelle forhold der forventeligt påvirker målgruppen.

En såkaldt logisk model eller et rutediagram er et eksempel på en visuel præsentation af programteorien.<sup>14</sup> Den logiske model visualiseres typisk som enten en pipeline, outcome-kæder, en matrix eller som et narrativ (Funnell & Rogers, 2011:30-32; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:350). Programteori vil i afhandlingen blive opbygget efter nedenstående form, og de konkrete udformninger af programteoriene og arbejdsprocessen med disse er nærmere beskrevet i kapitel 4.

Figur 3.1: Illustration af programteori.



Indledningsvist beskrives således indsatsernes målgruppe og dennes forudsætninger, hvorefter man definerer de centrale aktiviteter i indsatsen. Delmål og slutmål for indsatsen klarlægges ved at vurdere, hvad der er formålet og hvad man med indsatsen forventer at opnå. Derpå ekspliciteres det, hvilke forventede mekanismer der binder de to ender af programteorien sammen. En indsats (aktivitet) virker (mål), når den

<sup>14</sup> Inspiration til denne visuelle præsentationsform er hentet hos Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:353.

introducerer de rette potentialer (mekanismer) til deltagerne (målgruppe) under de rette omstændigheder (kontekst) (Pawson & Tilley 1997: 57; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:353).

I programteorien findes der en række kernebegreber, som er essentielle for forståelsen af modellen.<sup>15</sup> Helt centralt i virkningsevaluering og den realistiske evalueringstradition står mekanismebegrebet, som henviser til, at der i alle indsatser ligger bagvedliggende generative eller virksomme mekanismer under den synlige overflade, som får indsatserne til at virke (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Det er så at sige mekanismerne, der forbinder en indsats med dens resultater. Et let forståeligt eksempel går på, at vi ikke kan forstå, hvordan et urværk virker, alene ved at studere dets overflade. Vi må skille det ad og undersøge, hvad der foregår nedenunder for at forstå, hvordan det virker (Pawson og Tilley (1997: 65). Mekanismer vil derfor være et centralt fokuspunkt for den senere analyse, som vil sigte mod en identificering af disse i gennemgangen af det empiriske datamateriale.

Astbury & Leeuw (2010) beskriver, hvordan mekanismebegrebet kan understøtte en forståelse af, hvordan aktiviteter i en indsats forventes at lede til et resultat. Forfatterne opidser centrale diskussioner i litteraturen om mekanismers beskaffenhed og indkredser to hovedforståelser, henholdsvis mekanismer som variable og mekanismer som teoretiske konstruktioner (ibid., 2010:367). I sidstnævnte perspektiv anskues mekanismer som underliggende fænomener, processer eller strukturer, som opererer inden for en given kontekst og genererer givne outcomes. Desuden defineres tre former for mekanismekategoriseringer, benævnt som *situationelle* mekanismer, *adfærdsformende* mekanismer og *transformerende* mekanismer. Situationelle mekanismer dækker over sociale situationer eller begivenheders påvirkninger af individets holdninger, målsætninger og handlemuligheder. De adfærdsformende mekanismer beskriver, hvordan de individuelle holdninger, målsætninger og handlemuligheder påvirker individuelle valg og adfærd. Slutteligt beskriver de transformerende mekanismer, hvordan grupper af individer og deres interaktioner tilsammen kan have indvirkninger på outcomes (ibid., 2010:371). Denne sondring imellem forskellige mekanismetyper vil blive brugt i afhandlingens analyse, til at spore og efterprøve hvordan virksomme mekanismer kan operere på både individuelle og

---

<sup>15</sup> For en uddybende definition og forklaring af hvert enkelt begreb henvises til Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas (2016).

relationelle niveauer og hvordan begge dele kan få indflydelse på indsatsernes resultater.

For at anskueliggøre forholdet mellem kontekst (omstændigheder), mekanismer og outcomes (mål) anvender forfatterne Pawson & Tilley (1997) den såkaldte CMO-konfiguration, som antager formen:  $C + M = O$  for at understrege, at man opfatter resultaterne af en indsats som produktet af netop mekanismer og kontekst (Pawson & Tilley, 1997). Der pågår inden for realistisk evaluering en diskussion af mekanismers beskaffenhed, herunder hvorvidt mekanismer skal opfattes som latente i selve programmerne (eksempelvis ressourcer, tid eller penge) eller snarere indlejret i aktørerne (eksempelvis rationale, tillid eller frygt). Hos Pawson & Tilley virker mekanismer igennem netop aktørers beslutninger og refleksioner, men uden at denne aktørforståelse gøres eksplicit i deres CMO-konfiguration. Når man i virkningsevaluering og i den kritiske realisme generelt taler om virksomme mekanismer, tales der om et fænomen, som befinder sig et sted mellem aktører og strukturer. Porter & O'Halloran (2012) foreslår en sondring, der hjælper os med at skelne imellem det allerede eksisterende, og så dét, som ændres ved en intervention med henblik på at øge forklaringskraften af evalueringen. Når mekanismer anerkendes som noget, der opstår af interaktionen mellem aktører og strukturer, tvinges vi samtidig til en mere præcis definition af konteksten. Dette ved at forholde os både til konteksten før en intervention og til, hvordan denne ændres af interventionen og hvordan dette påvirker aktørerne og fører til outcome (Porter & O'Halloran, 2012). Sam Porter (2015) forsøger at adressere dette og styrke aktørperspektiver med sin variant af CMO-konfigurationen, som han giver følgende udtryk:  $\text{Contextual mechanisms} + \text{Programme mechanisms} + \text{Agency} = \text{Outcome}$  ( $CM + PM + A = O$ ). Her inkorporeres med andre ord en indflydelse fra aktørerne på det samlede resultat, som ligger ud over de blotte mekanismer fra indsats og kontekst.

Ser vi nærmere på begrebet *kontekst*, betegnes dette som en begrebsliggørelse af dels omstændighederne for de involverede aktører, dels relationen mellem aktørerne, dels den institutionelle eller organisatoriske placering og dels de omkringliggende strukturer (Pawson, 2013). Kontekstbegrebet i virkningsevaluering er centralt, fordi det anvendes til at forklare, at forholdet mellem mekanismer og resultater i en indsats ikke er fastlåst, men afhænger af de omstændigheder, som de udspiller sig under. Hvorvidt mekanismernes potentiale realiseres afhænger af, om de aktiveres i den givne sammenhæng. I den realistiske evalueringstradition antages det, at *noget* i konteksten bevirker, at en mekanisme aktiveres eller ej (Pawson & Tilley, 1997). En mekanisme

kan således virke i én kontekst men ikke en anden, hvilket kan være udfordrende i praksis at afgrænse præcist, og tankegangen forudsætter, at mængden af relevante kontekstuelle faktorer er relativt overskuelig (Dahler-Larsen, 2013:149). Dahler-Larsen & Krogstrup (2003:102) introducerer derfor begrebet *moderator*, som skal forstås som en betingelse, der kan (de)aktivere en mekanisme mellem årsag og virkning. Det er med andre ord en sammenhæng, som kausalt regulerer en anden kausal-sammenhængs retning og kraft (ibid.:103). En moderator er noget andet end blot endnu en variabel i indsatsen, idet den ikke direkte øver indflydelse på selve resultaterne, men i stedet på sammenhængen mellem indsats og resultater. Det er en form for begrebsliggørelse af, hvad der antænder mekanismerne, og moderatoren er således en repræsentant for de kontekstforskelle, der bestemmer om en årsag øver kausal indflydelse på en virkning (Dahler-Larsen, 2013:150-151). Moderatorbegrebet vil derfor finde anvendelse i afhandlingens analyse af empirien, og vil medvirke til en nærmere forståelse for, hvordan de definerede mekanismer aktiveres eller deaktiveres i forskellige indsatsammenhænge (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:341).

En relevant diskussion i arbejdet med virkningsevaluering er, hvordan man som evaluator definerer, hvilke C, M og O'er der er vigtige for den evaluering, man bedriver – og hvordan man i analysen bestemmer, hvilke mekanismer der så rent faktisk har medvirket til at forbinde indsatser og virkninger. Dahler-Larsen (2013:138) vægter her *specificiteten* i de udarbejdede programteorier, som handler om at vurdere, hvor sikkert det er, at indholdet i én af programteoriens kasser kan tilskrives indholdet i den foregående kasse. Eksempelvis kunne dette undersøges, ved at spørge en informant, hvorvidt den øgede tiltro til egne evner (mekanisme), som gjorde, at han ændrede sin jobsøgningsstrategi (delmål), stammede fra de opfølgende samtaler, han havde haft med sin sagsbehandler (indsatsaktivitet).

Der findes en række styrker og fordele ved at arbejde med virkningsevaluering, blandt andet beskrevet hos Dahler-Larsen (2013:116), som demonstrerer, hvordan virkningsevaluering og den programteoretiske tilgang kan bidrage med at strukturere evalueringsarbejdet på en hensigtsmæssig måde. Virkningsevaluering har desuden den fordel for en senere implementeringsambition, at den lader fagprofessionelles virkelighed komme til orde, såfremt de deltager i formuleringen af de programteoretiske antagelser, som senere efterprøves empirisk. Således kan virkningsevaluering ideelt set medvirke til at kvalificere de evalueringskriterier, som indsatserne studeres med (ibid.). Virkningsevaluering har i øvrigt den styrke, at man

inddrager et fokus på andre mulige resultater end de endelige slutmål, hvilket giver blik for mulige bi-effekter eller delmålsætninger ved indsætterne.

Virkningsevaluering forbinder indsætterne med både processer og resultater, og udgør således både et glimrende bud på en imødekommelse af den samfundsmæssige interesse i de effekter, som følger i kølvandet på Vedungs (2009) evidensbølge. Samtidig byder modellen ind med viden om andet og mere end effekterne på en afhængig variabel i en situation, hvor alle andre variable forsøges holdt konstante. I tillæg hertil muliggør virkningsevaluering en skelnen imellem såkaldte teori- og implementeringsfejl (Funnell & Rogers, 2011; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:357). Såfremt en indsats ikke virker efter hensigten, kan programteorien bruges til at gå tilbage og vurdere, hvorvidt det var implementeringen af indsatsen, som fejlede, eller om der snarere var fejl i de teoretiske antagelser om, hvordan det ville virke. Med nogen rimelighed må man dog kunne påpege, at der formentlig ofte vil være tale om nuancer og gradforskelle, som vil påvise disse vurderinger, eksempelvis når indsætter ikke er fuldt ud implementeret, eller når de skaber visse resultater, men uden fuldstændig at kunne indfri alle målsætninger (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016).

Virkningsevaluering kan bruges summativt til at anskueliggøre, om der har været en sandsynlig sammenhæng mellem en indsats og dens resultater, men også formativt i forhold til at udpege problem- og udviklingsområder (ibid.). Således har virkningsevaluering et anvendelsesorienteret sigte, der også kan være handlingsanvisende (Dahler-Larsen, 2013:117) og ideelt set kombineres med den praksisnærhed og omsættelighed, som tidligere er beskrevet (ibid.). Når man i virkningsevaluering stiller spørgsmål om, *hvad der virker for hvem, og under hvilke omstændigheder*, lægges der op til en metodepluralisme, der sætter evalueringsspørgsmålenes karakter forud for et a priori metodevalg. Ofte er tværmotodiske kompetencer påkrævet for at kunne gennemskue de rette metodiske værktøjer til test af programteoriernes forskellige dele, hvilket stiller store krav til metodiske kompetencer (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Udfordringer ved brugen af virkningsevaluering består blandt andet i, at evalueringerne hurtigt bliver meget ambitiøse, tidskrævende og ressourcemæssigt krævende, hvilket ofte kræver klare fravalg og afgrænsninger. Desuden er det en udfordring at koge resultaterne fra så komplekse evalueringer ned og simplificere dem tilstrækkeligt til at skabe forståelighed og informere det politiske niveau (Bredgaard, 2015). Afslutningsvis vil afhandlingens konkluderende kapitel derfor reflektere over

virkningsevaluering som model for den konkrete evaluering af sygedagpengeindsatser, og det vidensbidrag som arbejdet med evalueringsformen har bibragt.

### 3.3.1 VIDENSKABSTEORI I VIRKNINGSEVALUERING

Den realistiske evaluering udsprang oprindeligt af en markant kritik af den eksperimentelle evalueringstradition. Tilgangen, som den oprindeligt er kendt fra Pawson & Tilley (1997), har et solidt videnskabsteoretisk fundament i den kritiske realisme, med reference tilbage til Bhaskars (1989) opgør med positivismen, som han anklagede for afgørende erkendelsesmæssige fejlopfattelser, som følge af en overfladisk virkelighedsbetragtning og en misforstået kausalopfattelse. Hos Bhaskar blev det anskuet som et grundlæggende problem i positivismen, at videnskabelig erkendelse begrænses alene til dét, der kan måles og studeres (Bhaskar, 1989). I den kritiske realisme antages, i lighed med netop positivismen, eksistensen af en uafhængig virkelighed. Om denne virkelighed kan vi ifølge den kritiske realisme opnå viden, også om fænomener, som ikke umiddelbart lader sig observere. Sandheden eksisterer uafhængigt af vores opfattelse af den, og der er med andre ord ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem erkendelse og virkelighed. Ray Pawson, en af grundlæggerne af den realistiske evalueringstradition, lægger dog i sit senere forfatterskab mere afstand til den kritiske realisme (Pawson, 2013).

Sayer (2000) taler om en *stratified emergent generative ontology* i den kritiske realisme. Virkeligheden består af hændelser og outcomes, som sker i verden, men vi kan alene opnå erkendelse af disse igennem empiriske opfattelsesprocesser. Disse processer er fejlbehæftede, og vi kan således ikke komme rent og upåvirket til erkendelse om en *faktisk* virkelighed, men alene til vores *afrapportering* af denne. Under den objektive virkelighed og dét, som sker, findes der forklarende faktorer, som påvirker virkeligheden. Det er disse faktorer, eller mekanismer, som er interessante for vores forståelse af sammenhænge. Bhaskars (1989) kritisk realistiske virkelighedsforståelse er således flere gange forklaret med analogien om et isbjerg. Vi kan alene anskue toppen af isbjerget, ligesom vi hos Bhaskar kun empirisk kan iagttage det øverste lag af virkeligheden (Bhaskar 1989). Resten af isbjerget, trods dets faktiske eksistens, kan vi ikke observere. Virkeligheden i kritisk realisme er således emergent og stratificeret, og lagene påvirker gensidigt hinanden.

Modsat den kritiske realismes ontologiske lighedspunkter med den positivistiske tradition, ses med andre ord en kløft imellem de to videnskabelige traditioners epistemologiske opfattelser i relation til samfundsvidenskaben. Hos kritiske realister er selve vidensfrembringelsen nemlig ikke en objektiv øvelse men en social proces, der ikke lader sig afslutte, fordi der ikke findes endegyldige sociale sandheder (Bhaskar, 1989). Her anskues således konstruktivistiske elementer, som vil blive behandlet i det følgende. En udfordring i samfundsvidenskaben består i, at man ofte kommer til at behandle objektet for vores erkendelsesinteresse som lukkede systemer, der kan kontrolleres. Helt tilbage til Berg & Luckmanns (1966) klassiske socialkonstruktivistiske værk, fastslås den konstruktivistiske grundidé om en ufærdig verden, som er fuld af modsætninger, stridigheder og paradokser (Dahler-Larsen 2013:36). Dette er i den realistiske evalueringstradition ikke det samme som, at der ikke findes regulariteter, eller at disse regulariteter ikke lader sig kortlægge. Lawson (1997) bruger betegnelsen demi-regulariteter til at beskrive, at sociale sammenhænge rummer tendenser, mønstre og strukturer, selvom disse ikke altid er universelle.

Når Dahler-Larsen & Krogstrup (2003) har udviklet virkningsevaluering som retning for en teoribaseret evalueringsmodel med fokus på en sammenkobling af indsatser og deres resultater, er det sket med den erklærede hensigt at bidrage til en mere konstruktivistisk videnskabsopfattelse end den kritiske realisme, som realistisk evaluering oprindeligt er udsprunget af (Dahler-Larsen, 2013:115; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016:335). Socialkonstruktivismen dækker som samlet betegnelse over en vidensfilosofisk tradition, der anskuer ting og fænomener som værende skabt igennem social praksis (Collin, 2010). Dette sker ikke på bekostning af den ontologiske anerkendelse af en objektiv eksisterende *tingslighed*, men snarere med en stærkere betoning af, at dét, som af andre traditioner betragtes som netop tingsligt, i virkeligheden udgøres af relationelle, interaktive og diskursive fænomener. Dahler-Larsen (2013:33-34) forsøger at gøre op med den naivistiske kritik af socialkonstruktivismen, som beskylder denne for en ontologi, der tillader, at enkeltaktører opfinder og konstruerer en virkelighed efter forgodtbefindende, uden blik for, at enhver konstruktion er netop relationel og interaktiv. Socialkonstruktivismen, som den præsenteres også i denne afhandling, benægter dog ingenlunde eksistensen af en egentlig virkelighed. At ting besidder en objektiv karakter; at en samtale finder sted, eller at et skema som fysisk struktur reelt ligger på bordet hos en sagsbehandler, betyder ikke, at de ikke er udtryk for sociale konstruktioner og diskursive forhandlinger, som påvirker deres betydning og beskaffenhed (ibid.). Det er dette blik, der præger afhandlingens ontologiske ståsted.



I virkningsevalueringen insisteres på det mulige i at etablere et kausalitetsforhold inden for enkelte cases, ved at de mekanismer, som antages at binde en indsats sammen med dens resultater (outcomes) analyseres, hvilket står i modsætning til den mere klassiske variansbaserede forståelse af kausalitet. I virkningsevaluering forholder man sig til såkaldt *generativ kausalteori* i forhold til at forstå, hvilke mekanismer, som skaber bestemte resultater i bestemte kontekster (Pawson & Tilley, 1997; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). Det socialkonstruktivistiske afsæt udfordrer den ellers i evidenshierarkiske sammenhænge udbredte ontologiske opfattelse af, at kausalitet handler om at finde årsagen til et fænomen i et andet, og at en isolering af disse fænomener fra deres interaktion med omkringliggende fænomener er en forudsætning herfor (Dahler-Larsen, 2013:35). I en erkendelse af, at forskellige videnskabelige traditioners kausalopfattelser i forskellige evalueringer til forskellige formål og med forskelligt sigte kan have berettigelse, argumenterer Dahler-Larsen (2013) for et pragmatisk blik på kausalitetsspørgsmålet, ved at præsentere en position, der betegnes som *mekanistisk*. Her anderkendes en kausalanalytisk tankegang, men med udgangspunkt i, at kausalitet bestemmes ud fra virksomme mekanismer, snarere end varians.<sup>16</sup> Således beskrives det, hvordan også et socialkonstruktivistisk afsæt kan acceptere kausalitetsbegrebet som væsentligt for analyser, men under en form, som betoner, at forholdende ikke betinges af varians, men af processer og mekanismer (Pawson & Tilley, 1997; Dahler-Larsen, 2013).

Det konstruktivistiske perspektiv i virkningsevaluering har betydninger for afhandlingens forståelse af elementer undervejs. Det medfører blandt andet, at udgangspunktet for forståelse er systemisk og interaktivt betonet og at arbejdsredskaber, som eksempelvis programteorien, anskues i lyset af sociale konstruktioner. Det betyder, at den lange række af valg og fravalg i forbindelse med både udformningen af programteorier og med de forskellige metodiske greb hele tiden anskues i lyset af relationel konstruktion snarere end objektivismen. En logisk model forstås eksempelvis som repræsentationen af centrale aktørers teorier om et program, sådan som de finder konsensus om at udtrykke det, når de bliver bedt om at italesætte

---

<sup>16</sup> Dahler-Larsen (2013) eksemplificerer dette ved en analogi til en mordgåde. Her er det *mekanismer* i form af mordvåben og motiv, der fremmer opklaringen. Således leder vi i virkningsevaluering efter plausible spor, motiver og tegn, ikke for at påvise sammenhænge hinsides nogen former for tvivl, men for at påvise sammenhænge hinsides nogen former for *rimelig tvivl* (Dahler-Larsen:166).

deres ofte udtalte antagelser i fællesskab, snarere end den opfattes som en objektiv teori for et givent program.

### **3.4 OPSUMMERING**

I dette afsnit blev kortlagt en række af de centrale begreber, som vil blive anvendt i virkningsevalueringen, herunder programteori, mekanismer og kontekst. Afsnittet har redegjort for afhandlingens evalueringsteoretiske afsæt, med rod i den realistiske evalueringstradition, men betonet med en mere socialkonstruktivistisk videnskabsopfattelse, inspireret kraftigt af Dahler-Larsens virkningsevaluering (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2003; Dahler-Larsen, 2013; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). I det næste afsnit præsenteres afhandlingens centrale case, som udgør omdrejningspunktet for evalueringens dataindsamling. Afsnittet præsenterer casen og diskuterer anvendelsen af denne. Afsnittet går derefter tæt på arbejdet med konstruktionen af de specifikke programteorier, der i projektet er udarbejdet for netop denne case. Efterfølgende vil afsnit 5 præsentere afhandlingens tværmetodiske design, som anskueliggør med hvilke værktøjer, de formulerede programteorier om indsatserne efterprøves.

## KAPITEL 4: QUICK CARE SOM CASE

*”Det er vigtigt, at der er en sammenhæng mellem sundhed og beskæftigelse, så vi undgår at folk pludselig står på kanten af arbejdsmarkedet. En sundhedsydelse i sig selv, betyder ikke nødvendigvis, at borgeren kommer tættere på arbejdsmarkedet, hvis ikke man ser det samlede perspektiv for den enkelte.”*

*Thomas Helt, medstifter af Quick Care.*

### 4.1 ET SAMFINANSIERET FORSKNINGSPROJEKT

Dette kapitel handler om samarbejdet med konsulentvirksomheden Quick Care, og den rolle som Quick Care har spillet i projektets udformning. Afsnittet tager derefter udgangspunkt i en beskrivelse af virksomhedens arbejde, efterfulgt af refleksioner om anvendelsen af virksomheden som case i evalueringen af sygedagpengeindsatser, samt implikationerne heraf for den videnskabelige produktion. Kapitlet afsluttes med udarbejdelse og præsentation af to konkrete programteorier for Quick Cares sygedagpengeindsatser udarbejdet i samarbejde med Quick Care i 2015.

Forud for afhandlingens påbegyndelse, forelå et evalueringsofdrag for forskningsprojektet, formuleret af Aalborg Universitet i samarbejde med Quick Care. Dette ofdrag havde karakter af en løse skitse for, hvilke elementer man ønskede inddraget i projektet. Disse elementer inkluderede et fokus på beskæftigelsesrettede indsatser specifikt for sygedagpengemodtagere, udviklingen af et evalueringdesign inspireret af den realistiske evalueringstradition, samt anvendelsen af Quick Care som empirisk grundlag for undersøgelsen. Arbejdet i projektfasens begyndelse bestod således af at definere de præcise omstændigheder for undersøgelsen, herunder fokusområde, design, metodiske og teoretiske greb, samt en præcisering af casevalg og datagrundlag. Quick Cares rolle bestod i denne sammenhæng af deltagelse i en følgegruppe, som løbende modtog orientering om projektets udvikling. Følgegruppen har budt ind med relevant sparring, idéer og netværk i de forskellige dele af projektperioden, når dette har været relevant.

Som et vilkår i samfinansieret forskning opstår naturligvis det potentielle dilemma, at en samarbejdspartner og medfinansør får tætte kommercielle interesser i projektets

udformning og i forskningens resultater (Andersen, 2017). Til trods for at den samlede andel af virksomhedsfinansierede forskningsudgifter ved danske universiteter kun beløber sig til op mod 3 %, er der stadig tale om en stigende tendens til indgåelse af samarbejdsaftaler mellem erhvervslivet og universiteterne, og dermed også potentielt til en række dilemmaer, som omhandler forskningsfrihed og uafhængighed (Andersen, 2017:204). Af denne årsag var det en udtalt del af samarbejdet bag denne afhandling, at følgegruppens og Quick Cares rolle bevidst var afgrænset til netop input, diskussioner og afrapportering, frem for beslutningsdygtighed. Dette med henblik på at sikre ph.d.-projektet mest mulig frihed til udfoldelse, beslutninger og konklusioner. Afhandlingen er desuden udformet under supervision og i tæt dialog med såvel universitetsvejleder og forskningsgrupper ved Institut for Statskundskab på Aalborg Universitet, og disse aktører har også medvirket til en løbende sparring om eventuelle udfordringer eller tvivlsspørgsmål i denne sammenhæng. Den samfinansierede form betyder desuden (modsat rekvireret forskning, hvor der er tale om fuldt indtægtsdækket forskningsvirksomhed betalt af rekvirenten) at det i denne afhandling er forskeren som besidder rettigheder til projektets resultater, herunder også ophavsretten til de i forbindelse med projektet udgivne publikationer (Andersen, 2017:207).

I det oprindelige evalueringsoopdrag forelå et ønske om, at gøre Quick Care til genstand for en del af afhandlingens empiriske analyser. Virksomheden og de borgere, som har deltaget i arbejdsmarkedsrettede rehabiliteringstilbud hos dem, fungerer i afhandlingen derfor som en case for evaluering af virkninger i sygedagpengeindsatsen. Hos Flyvbjerg (2015:507) anskues netop anvendelsen af en case som velegnet til *såvel udviklingen som afprøvningen af hypoteser*. Konkret har Quick Cares som empirisk genstandsfelt været inddraget på tre niveauer, der kort kan opsummeres således:

1. Quick Care har været inddraget i arbejdet med at udforme og illustrere indsatsernes programteoretiske antagelser igennem workshops, interviews og temadage.
2. Quick Care har leveret et omfattende datasæt med anonymiserede oplysninger om borgere, indsatser og resultater, som projektet har sammenholdt med nationale registre.
3. Quick Care og tre af virksomhedens samarbejdskommuner har deltaget i evalueringens kvalitative feltstudie, baseret på interviews og fokusgrupper med jobcentre, frontlinjemedarbejdere og borgere.

Fordi afhandlingen undersøger virkningen af indsatser over for en bred gruppe af borgere, på et indsatsområde som er defineret som komplekst og under løbende udvikling, viste det sig allerede ved projektets begyndelse nødvendigt med en række yderligere afgrænsninger af både målgruppe, indsatstyper og den tidsperiode, som gøres til genstand for dataindsamling og analyse. Hvert enkelt af ovenstående tre del-elementer og deres nærmere betydning for projektet bliver udfoldet og konkretiseret i kapitel 5, som redegør for afhandlingens metodiske greb.

I det følgende redegøres dog først nærmere for virksomhedens virke og udvikling igennem de seneste år, inden det efterfølgende afsnit går ind i en nærmere diskussion af casevalget og dets betydning for afhandlingen.

## 4.2 EN PRIVAT AKTØR I SYGEDAGPENGEINDSATSEN

Konsulentvirksomheden Quick Care har siden år 2006 leveret arbejdsrettede rehabiliteringsydelser til en række af landets kommuner, som en såkaldt *anden aktør*. I forbindelse med de øvrige lovgivningsændringer fra 2009<sup>17</sup> bliver det muligt for kommunerne at overlade mere ansvar og opfølgning til andre aktører på sygedagpengeområdet (Jacobi, 2013:118). Således kunne de kommunale jobcentre fremadrettet uddelegere dele af deres arbejdsrettede tilbud til sygemeldte til andre offentlige instanser eller til private aktører.

Virksomheden er baseret på en vision om at medvirke til at nedbryde skellet imellem sundheds- og beskæftigelsesområdet. Dette ved igennem sundhedsfaglige tiltag at hjælpe sygemeldte og arbejdsløse tilbage til arbejdsmarkedet, og nærmere bestemt ved at få sundhedspersonale (oprindeligt fysioterapeuter) til at fokusere på borgerens arbejdsmarkedsrelevante ressourcer. Quick Care har som virksomhed oplevet markant vækst siden dette forskningsprojekts begyndelse. Da dette afsnit skrives i foråret 2017, samarbejder virksomheden med i alt 55 danske kommunale jobcentre spredt landet over<sup>18</sup>. Indsatserne spænder over forskellige tilbud, hvoraf de mest

---

<sup>17</sup> Jf. det historiske oprids i afsnit 1.1.1.

<sup>18</sup> Quick Care har desuden en selvstændig enhed i Norge, som siden projektets begyndelse har fået ny ejer. Denne del af virksomhedens indsatser er fravalgt i casen, blandt andet grundet organisatoriske, indholdsmæssige og lovgivningsmæssige forskelle på arbejdet henholdsvis i Danmark og i Norge.

centrale udgøres af fysioterapeutiske træningsforløb, psykologiske samtaleforløb, virksomhedspraktikker, samt en række integrationsindsatser. Quick Cares frontlinjemedarbejdere i indsatserne består af forskellige fagprofessionelle, som driver de enkelte tilbud. Disse medarbejdere arbejder direkte med de borgere, som de kommunale jobcentersagsbehandlere visiterer til dem. De fleste borgere henvises til Quick Cares tilbud under Lov om Aktiv Beskæftigelse, kapitel 10, som indebærer den såkaldte vejledning og opkvalificeringskategori.<sup>19</sup>

Quick Cares tilbudsvifte er over årene udvidet betragteligt, fra oprindeligt at fokusere primært på fysioterapeutiske træningstilbud, til i dag også at omfatte tilbud inden for virksomhedspraktikker, psykologsamtaler og integration. Udvikling i markedet har siden projektets begyndelse ført til, at Quick Care i dag leverer både monofaglige afklarende indsatser, og mere komplekse tværfaglige indsatser, som udvikles i samarbejde med jobcentrene. Samarbejdet med kommunerne er således over årene blevet mere og mere forskelligartet. Dette er sket i takt med en øget kompleksitet i lovgivningen og ændringer i jobcentrenes struktur og organisering, herunder ændringer i de økonomiske rammer og ændringer i refusionsreglerne i 2015.<sup>20</sup>

Igennem den løbende tilpasning af tilbudsviften, udvidelsen af tilbudstyper og samarbejdet med stadig flere kommuner, har virksomheden på flere måde foretaget justeringer i deres tilgang siden forskningsprojektets start. Den resterende del af afhandlingen beskæftiger sig dog med Quick Cares arbejde og betingelserne for deres indsatser, som de så ud i perioden fra 2013 til slut 2015, hvor den primære del af dataindsamlingen pågik. Det betyder dog også, at det må noteres, at Quick Care i lighed med andre private og kommunale aktører, har udviklet deres produkter og tilgange til beskæftigelsesrettet rehabilitering siden nedslagstidspunktet.

---

<sup>19</sup> Enkelte borgere henvises desuden under kapitel 11 eller 12, til virksomhedspraktik og ansættelse med løntilskud, eller under Lov om Aktiv Socialpolitik. Forskellen består blandt andet i den statslige refusion.

<sup>20</sup> Jf. Lov om kommunernes finansiering af visse offentlige ydelser udbetalt af kommunerne, Udbetaling Danmark og arbejdsløsheds-kasserne, aftalt i august 2015 og iværksat fra januar 2016.

## 4.2.1 CASETYPE, FORDELE OG UDFORDRINGER

Forud for inddragelsen af Quick Care som empirisk case i evalueringsarbejdet er gået en række overvejelser omkring casetypen, anvendelsen og indsamlingen af data. Det er blandt andet overvejet, hvordan man kan karakterisere brugen af en konsulentvirksomhed som genstand for dataindsamling, og hvordan forholdet mellem de forskellige niveauer i casen bedst kan karakteriseres.

At benytte en case adskiller sig fra en klassisk hypotetisk-deduktiv forklaringsmodel, og er derfor også flere steder genstand for kritik. Flyvbjerg (2015) forsvarer anvendelsen af cases, ved at påpege dels samfundsvidenskabens generelt manglende held med at genskabe naturvidenskabens ideal om laboratorieforsøg, og dels det forhold at cases giver præcis det rum for kontekstafhængig viden, som er selve kernen i læring. Man kan tilføje, at dette især viser sig relevant på socialområdet og i evalueringer som denne, der i høj grad fokuserer på netop kontekstuelle betydninger. At gøre regelbaseret viden til grundlag for læring kalder Flyvbjerg (2015) direkte regressivt, hvorimod casestudiets detaljerighed og tætte forbindelse med virkelige situationer er afgørende for forskerens forståelse (ibid:467). Således kobles anvendelsen af en case fint sammen med det videnskabsteoretiske udgangspunkt for afhandlingen, og for brugen af virkningsevaluering som model. Her er det ligeledes udgangspunktet for anvendelsen af selektivt udvalgte casenedslag, at det netop ikke er variansbaseret viden, som afsøges, men snarere kausale forhold mellem mekanismer og resultater, som analyseres (Dahler-Larsen, 2013).

Den gængse kritik af casestudiets begrænsede generaliserbarhed er udbredt, selv hos forskere, der ikke almindeligvis abonnerer på positivistiske vidensidealer. Denne kritik afvises hos Flyvbjerg (2015) med argumenter om, at casestudiet generelt i kraft af sin detaljerighed netop er ideel til opfyldelsen af det klassiske popperske *falsifikationsprincip*<sup>21</sup> og derved til eventuel afvisning af en given teori (ibid:472). Omend denne afhandling ikke arbejder med forsøg på direkte gendrivelse<sup>22</sup> af de opstillede programteorier, og selvom der ikke i den kritisk-realistiske vidensfilosofi

---

<sup>21</sup> Hos Karl Popper var falsificerbarhed et kriterium for videnskabelighed, modsat traditionelle empiriske opfattelser af, at teorier skal forsøges verificeret. Videnskabens opgave hos Popper var at opstille hypoteser, for derefter at forsøge at modbevise dem (Gilje, 2012:50-51).

<sup>22</sup> Gendrivelse her forstået som et videnskabeligt princip og en fremgangsmåde, hvor en enkelt afvigende observation vil resultere i forkastelse af en hypotese (Flyvbjerg, 2015:472).

sædvanligvis abonneres på en sådan falsificerende tilgang, er det Flyvbjergs argument omkring casestudier, at brugen af en case ikke i sig selv er udelukkende herfor. I relation til nærværende evalueringens anvendelse af programteori og den empiriske efterprøvning af selvsamme, giver casestudiet mulighed for en detaljeret efterprøvning af netop de programteoretiske antagelser (Pawson & Tilley, 1997). Denne teoriudvikling kan selvsagt tage form af såvel videreudvikling, som gendrivelse af argumenter om centrale underliggende mekanismer ved indsatserne.

Potentialet for generaliserbarhed igennem casestudier søges i afhandlingen øget igennem dens strategiske udvælgelse af nedslagspunkter for dataindsamlingen. Her kan Quick Care, som ramme for projektet, beskrives som en såkaldt informationsorienteret udvalgt case. Dette fordi virksomheden med sit tilbud om data, adgang til medarbejdererfaringer og indsigt i en række kontekstuelle detaljer, forventeligt byder på et ganske særligt informationsindhold (ibid:475). Virksomheden bliver således også en form for gatekeeper til de informationer, som evalueringen søger (Mason, 2002).

De tre udvalgte kommuner, som alle samarbejder med Quick Care, bliver herunder en slags *cases i casen*. Kommunerne har ligheder med såkaldte *typiske cases*, til trods for at denne gruppe cases ikke ifølge Flyvbjerg (2015) nødvendigvis altid rummer den største informationsrigdom eller viden om variationers betydning. Til gengæld antages det, at der kan være visse overførbare paralleller mellem mekanismer i disse kommuner og andre af landets kommuner, som arbejder under samme strukturelle rammer, og med lignende indsatser for den samme målgruppe. Fænomener og virkninger vil således argumenterbart kunne finde sted i andre kommuner under lignende betingelser og for lignende borgere. Valget af casen er således af strategisk betydning i forhold til de mere generelle spørgsmål om sygedagpengeindsatser, som afhandlingen søger at besvare. Tilsvarende kan det i nogen udstrækning sandsynliggøres, at såfremt virkninger ikke finder sted i nogle af de tre kommuner, gør de det forventeligt heller ikke i andre sammenlignelige sammenhænge (Flyvbjerg, 2015;474). Denne forståelse af overførbare mekanismer fra én given kontekst til en lignende, kan også anskues i den realistiske evalueringstradition. Det kædes sammen med opfattelsen af, at selvom sociale sammenhænge langt fra er universelle i deres karakter og indhold, rummer de ofte en række tendenser, mønstre og strukturer. Dette tillader analytiske generaliseringer og teoriforfinelser på baggrund af de empiriske fund i casen, fordi Quick Care fungerer som en case blandt gruppen



af offentlige og private aktører, som leverer rehabiliterende og beskæftigelsesrettede tilbud til sygemeldte borgere.

De tre kommunale jobcentre i undersøgelsen, er placeret i henholdsvis Silkeborg, Holbæk og Helsingør. I udvælgelsen af casekommuner blev der lagt vægt på volumen i antallet af visiterede borgere til Quick Cares forløb, samt på en vis stabilitet i samarbejdet mellem kommunen og Quick Care. Kommuner med helt nystartede samarbejdsaftaler blev således sorteret fra, grundet det manglende erfaringsgrundlag, som forventeligt ville besværliggøre en tilstrækkelig besvarelse af undersøgelsens kernespørgsmål. Ved hjælp af en vurdering af kommunernes rammevilkår og demografiske sammensætning (Graversen et al., 2013) blev der desuden lagt vægt på at selekttere kommuner, som ikke på åbenlyse parametre adskilte sig markant fra de resterende, og således kunne siges at udgøre *ekstreme cases* (Flyvbjerg, 2015:508). Disse beslutninger i valget af kvalitative cases har naturligvis influeret på mulighederne for en bevarelse af afhandlingens forskningsspørgsmål, idet ensartetheden mellem case-kommunerne og undgåelsen af netop ekstreme cases på den ene side antages at øge generaliseringsmulighederne til andre (ligeledes ikke-ekstreme) kommunale kontekster, men samtidig begrænser mulighederne for at udvide resultaterne til også at omfatte netop kommunale situationer, som på forskellig vis adskiller sig fra de udvalgte i undersøgelsen.

Inddragelsen af Quick Care som empirisk fokuspunkt i afhandlingen tilbyder en afgrænsning af evalueringsfeltet, og af de principielt ubegrænsede muligheder for dataindsamling. Som det er tilfældet med netop anvendelsen af et mindre udsnit af den samlede helhed, betyder det naturligvis for besvarelsen af afhandlingens forskningsspørgsmål, at den foretages ud fra netop dette udsnit og at de generaliseringer som drages, således får karakter af analytiske slutninger. Konstruktionen af det empiriske felt har omvendt budt på adgang til allerede indsamlet data og kontakt til informanter, som det ellers ville være vanskeligt at opnå på anden vis, hvilket anses som en styrkelse af afhandlingens muligheder for en fyldestgørende besvarelse af problemformuleringen. Det medfører samtidig en række udfordringer og etiske overvejelser at gå så tæt på en konkret case, som det har været tilfældet her, ligesom det stiller særlige krav til forholdet mellem forsker, casekommuner og virksomhed, således som der er blevet redegjort for under særligt afsnit 4.1.

I det følgende afsnit redegøres nærmere for processen med udformningen af en programteori for Quick Cares indsatser og den fremgangsmåde, som har ligget til

grund herfor. Det anskueliggøres igennem afsnittet, hvilken rolle programteoriene spiller i evalueringens forskellige empiriske dele og hvilke udfordringer og begrænsninger der findes ved den programteoretiske metode i virkningsevaluering.

### 4.3 EVALUERING MED PROGRAMTEORI

I afhandlingen anvendes programteori som evalueringsredskab. Programteoriene består af formulerede antagelser om, hvad der virker for sygemeldte borgere og under hvilke omstændigheder i udvalgte Quick Care-indsatser. Formålet er at antagelserne derefter efterprøves empirisk, og at disse efterprøvnings bidrager til en besvarelse af forskningsspørgsmålene igennem deres forfinelse af programteoriene.

En god programteori har til opgave at agere redskab i en evaluering af de udvalgte dele af kausalforholdene, som man vil vide noget om. Derfor må der ved konstruktionen af programteori tages højde for, hvor lang en kausalkæde som er gunstig. Omformuleret kan man sige, at det er nødvendigt at overveje, hvor *langt ud* man ønsker at kunne forklare indsatserne og deres virkning. Når vi ser på sygedagpengeindsatser og gerne vil definere slutmålene med disse, må vi således fastlægge både kompleksitetsniveauet samt længden på kausalkæderne. Det handler med andre ord om at skabe en balance mellem fine detaljer og overskuelighed (Dahler-Larsen, 2013:125).

Fordi mange indsatser er komplekst konstrueret og indeholder et væld af forskellige aktiviteter på forskellige niveauer, risikerer programteoriene i deres forsøg på at repræsentere indsatsernes bagvedliggende antagelser tilstrækkeligt loyalt, at miste overskueligheden og evnen til at guide evalueringsarbejdet. De følgende programteorier er derfor i sagens natur en reduktion af virkeligheden og rummer en række valg om, hvad der præsenteres og hvordan (Gargani, 2002), fordi det ikke er hverken hensigtsmæssigt eller realistisk muligt, at lave en repræsentation af virkeligheden i forholdet 1:1. En programteori risikerer at miste sin værdi, hvis ikke den er tilstrækkelig overskuelig til at kunne anvendes som struktureret og analytisk evalueringsværktøj. Derfor må programteori nødvendigvis indebære en reduktion af virkelighedens kompleksitet, og kan godt være anvendelig selvom den ikke er altdækkende, så længe den genkendes af indsatsens centrale aktører som en rimelig præsentation af virkeligheden, som de erfarer den (Dahler-Larsen, 2013:41).

Et afgørende kvalitetskriterie for programteorien består således af, hvorvidt den udgør en tilstrækkelig præsentation af hovedidéerne bag indsatsen, sådan som dette vurderes af indsatsens brugere (Dahler-Larsen 2013:142). I afhandlingen har dette givet anledning til konkret inddragelse af Quick Cares ledelse og frontlinjemedarbejdere i udarbejdelsesfasen, i kombination med skriftligt materiale som beskriver indsatsernes aktiviteter og formål. Denne fremgangsmåde tager udgangspunkt i forventningerne til indsatserne hos de aktører, som gennemfører dem, og det er vurderingen, at der ligger et implicit anvendelses- og implementeringspotentiale i denne tidlige inddragelse af forskellige fagprofessionelle grupper (Bredgaard, 2015). Samtidig ligger der naturligvis også en række potentielle begrænsninger ved denne fremgangsmåde, som behandles løbende igennem det følgende afsnit.

### **4.3.1 PROGRAMTEORI FOR QUICK CARE**

Dette afsnit redegør for, hvordan programteoriene i denne afhandling er blevet udformet. En programteori kan opstilles på baggrund af forskellige metoder og ofte via dialog med centrale interessenter i indsatsen, ud fra hvilken evaluator udleder de herskende forestillinger om, hvordan indsatsen virker. Relevante interessenter vil typisk udgøre fagpersonale og ledelse, politikere og bidragsydere, vigtige samarbejdspartnere, målgruppen for interventionen og andre, der forventes at influere på resultatet (Funnell & Rogers 2011:103). En programteori vil ofte være forankret i praktisk viden, faglig viden og hverdagserfaringer inden for et givent område, eventuelt i kombination med mere anerkendt videnskabelig teori om adfærd og forandring (Pawson, 2013; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). I denne afhandling er programteorien udviklet i en kombineret induktiv og deduktiv tilgang, som på den ene side har taget udgangspunkt i litteratur og teori om sygdom og arbejde, tidligere forskning og evaluering på sygedagpenge- og beskæftigelsesområdet, samt i retningslinjer og beskrivelser af indsatserne, og på den anden side har udledt antagelser igennem observationer, interview og dialog med praksisniveauet i indsatsernes frontlinje (ibid.:348).

Dialogen med praksis har i denne sammenhæng konkret bestået i, at evaluator har faciliteret en række workshopdage og følgelig gennemført en række interviews (ibid:102) med den administrative og faglige ledelse i Quick Care. Her er deltagerne over flere dage blevet bedt om at arbejde med at formulere og forklare antagelserne i

Quick Care's arbejde, under vejledning og feedback fra evaluator. Det har været en del af evaluators opgave at beslutte, hvilke interessenter, der er blevet inddraget, hvordan eventuelt divergerende forestillinger blev håndteret og hvilke detaljeniveauer i indsatserne, der er fokuseret på. Den endelige fremstilling af programteorien er ligeledes afgjort ved evaluator, ud fra et kendskab til indsatserne og en afvejning af overskuelighed, retviselighed og anvendelighed i dataindsamlingen (Dahler-Larsen, 2013). At konstruere en programteori er i sagens natur ikke en neutral proces, og produktet må derfor anskues i lyset af de aktører, som medvirker til dets udarbejdelse (Gargani, 2002). Således opstår et potentielt kritikpunkt ved, at lade indsatsens egne aktører deltage i formuleringen af indsatsens antagelser, fordi disse aktører mere eller mindre tilsigtet risikerer at reproducere og legitimere egne aktiviteter og opfattelser. Når programteorien herefter efterprøves empirisk i samme organisation, risikeres der i teorien en nærmest tautologisk reproduktion af egne antagelser om indsatserne.

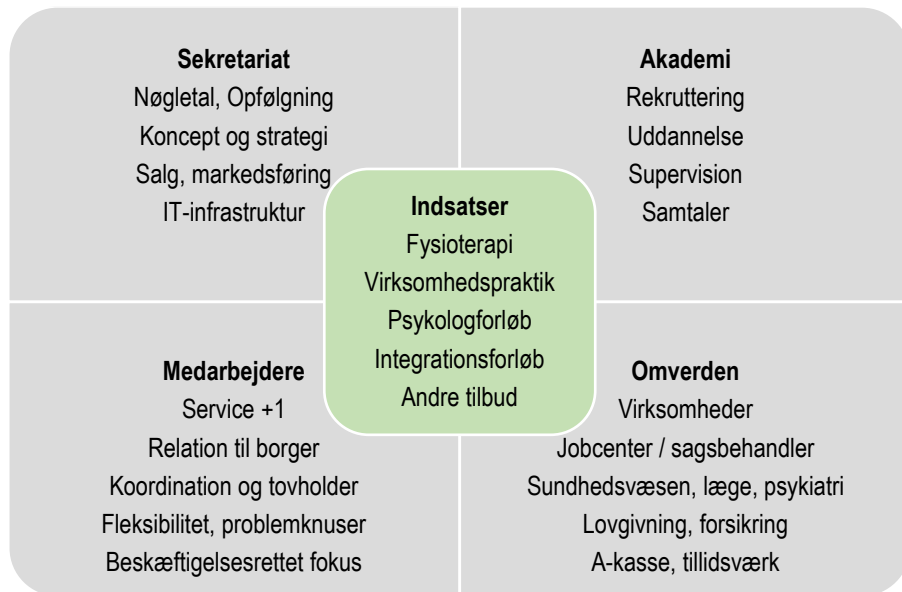
Det vurderes i afhandlingen at denne udfordring ved den programteoretiske arbejdsmetode ikke er unik for eksemplet med Quick Care. Det vil ofte i en evaluering tage sig således ud, at de aktører som besidder tilstrækkelig indsigt i en indsats' konkrete aktiviteter og bagvedliggende antagelser, også er centrale for udviklingen af programteoriene, samtidig med at de har stærke interesser i indsatsernes virkning og i evalueringens resultater. Udfordringerne er i arbejdet med afhandlingen forsøgt imødekommet og håndteret på to måder. På den ene side er alle endegyldige beslutninger truffet af evaluator, som igennem sit arbejde med afhandlingen har opnået stigende indsigt i indsatserne, deres aktiviteter og potentielle virkninger, og som kombinerer denne indsigt med sin viden fra forskning, evaluering og litteratur på området fra lignende indsats typer. Dette har muliggjort en kritisk granskning af de præsenterede antagelser fra Quick Cares medarbejdere og ledere, samt resultatet i gentagne diskussioner omkring hvordan vi forstår indsats, mekanismer og resultater. I tillæg hertil har fremgangsmåden båret præg af person-triangulering, forstået på den måde at der er opsøgt en vis spredning i de informanter, som har bidraget til såvel programteoriens udformning og den efterfølgende empiriske efterprøvning. Inddragelsen af flere forskellige aktører, fra flere faggrupper og på forskellige adskilte tidspunkter, har søgt at øge sandsynligheden for, at der er tale om reelle faglige antagelser og vurderinger, snarere end strategiske udmeldinger.

Alternative måder at konstruere programteori på kunne have bestået i alene at gøre brug af skriftlige kilder til oplysning omkring indsatsernes antagelser, eller i at have udvalgt informanter uden for Quick Cares organisation, eksempelvis i det kommunale

system eller på politisk niveau (Funnell & Rogers 2011; Dahler-Larsen, 2013). Hvor førstnævnte tilgang ikke ville muliggøre diskussioner omkring tvivlsspørgsmål, manglende oplysninger og udtalte antagelser, ville sidstnævnte ikke være ønskeligt i en evaluering som ønsker at placere sig så tæt som muligt på det praktisk udførende led af indsætterne, og trække på netop de involverede aktørers egen viden og erfaringer fra de indsatser, de arbejder med. Det ligger centralt i afhandlingens evalueringsopfattelse, at det ikke er hensigtsmæssigt eller ønskværdigt at sigte mod en objektiverende beskrivelse af indsatserne, og at netop indgående kendskab til og involvering i de indsatser der er tale om, er afgørende for at opnå en tilstrækkelig detaljerighed i forklaringerne af indsatsernes virkninger.

Mange evalueringer kompliceres af, at der er tale om organisatoriske indsatser på flere niveauer, en udfordring, der også gør sig gældende i dette projekt. Antagelserne bag Quick Cares indsatser har indflydelse på flere niveauer i organisationen, fra sekretariatsfunktioner, henover uddannelse og rekruttering af medarbejdere til frontlinjen og til løbende understøttelse og videreuddannelse af medarbejdernes kompetencer, deres relationsdannelse til borgerne og deres måde at samarbejde med jobcentrene på. Alt sammen er det noget, som antages at have indflydelse på, om indsatsen virker efter hensigten. En måde at håndtere denne kompleksitet er en opdeling af programteorien til at gælde flere niveauer, såfremt der på hvert niveau kan være noget, som virker eller ikke virker. (Dahler-Larsen 2013: 145). Det er muligt at konstruere en programteori, som er opdelt på niveauer som udtryk for, at der på hvert niveau er tale om mere eller mindre selvstændige logikker, og for at afdække hvert niveaus specifikke logikker. Det kan være fordelagtigt med en programteori, som kan rumme flere af niveauerne, selv når en evaluering af hvert niveau ikke er mulig. Dette for at undgå, at man i evalueringen kommer til at springe fra problem til problem og lag til lag på en måde, som ødelægger evalueringens struktur. Lagdelingen i programteorien skal således ansues som et analytisk værktøj, som søger at dele kompleksiteten op i mere håndterbare dele, også selvom niveauerne givetvis spiller sammen (Dahler-Larsen 2013:147). Fordi det er indsatserne for de sygemeldte borgere, som er fokus i denne evaluering, er det programteoriene for disse, som gives den største opmærksomhed i det kommende afsnit. En række andre faktorer, er repræsenteret i den følgende figur, men forfølges således ikke nærmere rent empirisk.

Figur 4.1: Quick Care som samlet organisation.



Ovenstående figur kortlægger Quick Care som organisation, ved at danne et overblik over såvel de formelle som de uformelle strukturer i virksomheden, samt centrale omverden-strukturer (Thorsvik & Jacobsen, 2015). De fremhævede overskrifter udgør samlebetegnelser, mens de oplyste punkter under dem beskriver indholdet. Sekretariatet understøtter således virksomhedens arbejde og medarbejdernes virke, ved at sikre løbende opfølgning, salg til nye kunder, fungerende IT-systemer, formulering af koncepter, mv. I Akademiet sikres den rette rekruttering, uddannelse og løbende supervision af medarbejdergruppen og udbredelsen af Quick Cares grundidéer, tilgange og arbejdsform. Medarbejderne selv er fokuserede på en særlig tilgang til arbejdet (i virksomheden kaldet Service +1), med fokus på deres rolle for og samarbejde med både jobcentre og borgere. Sidst men ikke mindst påvirkes arbejdet af en lang række udefrakommende faktorer, herunder lovgivningen og samarbejdet med eksempelvis sundhedsvæsenet. Tilsammen udgør disse faktorer en række fænomener, som hver i sær antages at øve indflydelse på de endelige virkninger af de indsatser, som gennemføres, uden at de dog selvstændigt bliver gjort til genstand for empirisk analyse.

I afhandlingen er fokus fremadrettet afgrænset til at omhandle to af Quick Cares kerneaktiviteter, nemlig tilbud med omdrejningspunkt i henholdsvis fysioterapeutisk

træning og virksomhedspraktik. Dette er de indsats typer, som har langt den største volumen af visiterede borgere, som afvikles med en vis stabilitet og efter faste antagelser om virkninger og årsager. Det er netop kombinationen af det beskæftigelses- og det sundhedsfremmende, som står centralt for Quick Cares virke på særligt sygedagpengeområdet, og virksomhedens arbejde foregår således i krydsfeltet mellem de to sektorer. De fysioterapeutiske træningsindsatser var oprindeligt grundstenen i Quick Cares tilbud. Virksomhedspraktikkernes udbredelse er igennem de seneste år, i kraft af det øgede fokus i lovgivningen og følgende efterspørgsel blandt landets jobcentre, øget betragteligt for alle ydelsesgrupper (OAO, 2017). Generelt er indsats typer omhandlende virksomhedspraktisk og fysisk træning blandt de allermost anvendte for målgruppen på beskæftigelsesområdet. De konkrete aktiviteter hos Quick Care i forbindelse med henholdsvis fysioterapeutiske tilbud og virksomhedspraktikker er udfoldet i de næstkommende afsnit.

Efter at have klarlagt samarbejdet med Quick Care i evalueringen og have præsenteret virksomhedens organisation, beskrives i det følgende den udarbejdelse af to programteorier, som har været en del af afhandlingens evalueringsarbejde. I afsnittet præsenteres først programteorien for Quick Cares fysioterapeutiske træningstilbud, og dernæst programteorien for virksomhedspraktikindsatsen. Det er blevet vægtet, at illustrere tilstrækkeligt detaljeret til en udpegning af centrale mekanismer på en sammenhængende måde, der skal sikre, at hvert enkelt punkt eller kasse fører logisk videre til den næste (Funnell & Rogers, 2011). Desuden skelnes mellem de del- og slutmål, som indsatserne forventeligt fører til, men som ikke altid ligger direkte inden for rammene af, hvad Quick Cares indsats målbar fører til inden for den afgrænsede tidsperiode, hvori de foregår.

### **4.3.2 FYSIOTERAPEUTISK TRÆNINGSSINDSATS**

Et af Quick Cares centrale tilbud til sygemeldte borgere, består af et rehabiliterende fysioterapeutisk træningstilbud med fokus på borgerens arbejdsevne og beskæftigelse. Dette tilbud bemannes af uddannede fysioterapeuter, som har til formål at udvikle og afklare borgerens fysiske funktionsniveau, med henblik på at øge borgerens kompetencer og samlede ressourcer i forhold til en tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Således strækker formålet med tilbuddet sig ud over alene udførslen af fysisk aktivitet. Tilbuddet tilrettelægges individuelt ud fra borgerens situation og problematik. Det konkrete indhold fastlægges på baggrund af en individuel

opstartssamtale, hvor visitationsårsag og problematik uddybes og udviklingsmål for borgeren aftales. Forløbene består af faste elementer, herunder tre ugentlige fremmøder i træningscenteret og individuelt tilrettelagt jobfunktionsrettet fysisk aktivitet, som er udarbejdet og superviseret af den tilknyttede fysioterapeut. Der indgår løbende motiverende samtaler med udgangspunkt i borgerens muligheder og ressourcer, samt individuel vejledning om arbejdsmarkedet, lovgivningen, mulighederne for delvis raskmelding, praktik, hjælpemidler, arbejdsmodifikation og skånehensyn.

Således ligger der i sammensætningen af disse tilbud en række antagelser om, hvordan en særlig tilgang, der er centreret omkring fysioterapeutisk træning og med et arbejdsmarkedsrettet fokus, kan medføre, at sygemeldte borgere rykkes nærmere raskmelding. Det er antagelsen, at træning, samtaler og undersøgelser understøtter borgeren i at vende tilbage til arbejdsmarkedet og det er disse antagelser, som ekspliciteres i nærværende afsnit. Fremmødefrekvens, træningsniveau og indhold justeres i samarbejde med borgeren med hensyntagen til den enkeltes problematik og målsætningen med forløbet. Ved afslutningen af et forløb afsendes en fysioterapeutisk statusrapport til sagsbehandleren i jobcenteret, som beskriver og vurderer borgerens fysiske funktionsniveau, sammen med borgerens udvikling gennem forløbet og dennes muligheder i forhold til arbejdsmarkedet. Dette forventes at føre til, at borgerens fysiske ressourcer og muligheder i forhold til arbejdsmarkedet bliver afklaret og eventuelle fysiske problematikker bliver afhjulpet. Desuden er målet at medvirke til borgerens øgede trivsel, en generelt øget sundhedstilstand (kondition, koncentration, energi, søvn) samt øgede kompetencer gennem struktur, opbygningen af handlekraft og udviklingen af copingstrategier. En hel central antagelse i Quick Cares fysioterapeutiske indsatser går på nødvendigheden af et gennemgående arbejdsmarkedsrettet fokus i kontakten med både borger og andre involverede aktører. Således er der i træning, planlægning og opfølgning konstant fokus på, hvordan aktiviteterne kan omsættes til noget, der gør borgeren bedre i stand til at begå sig i en arbejdssammenhæng.

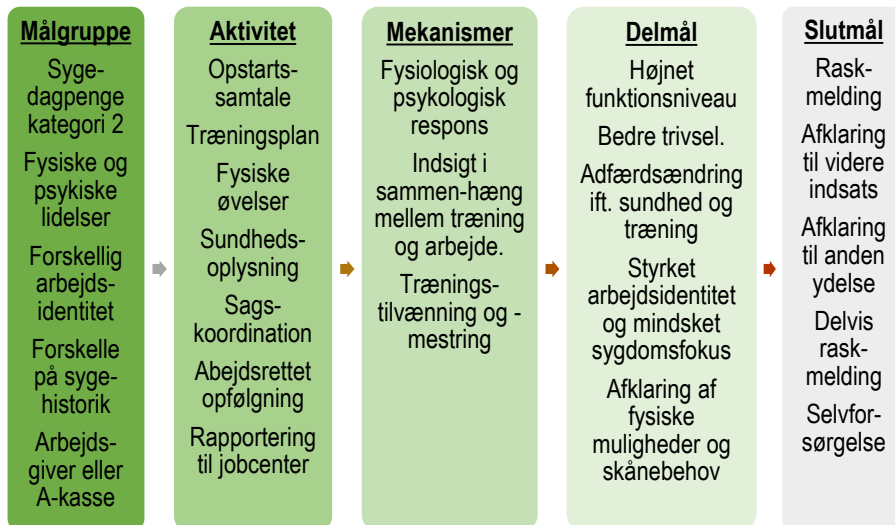
Ovenstående beskrivelse er hentet via Quick Cares egne produktbeskrivelser af deres indsatser, og er udledt de antagelser, som ligger til grund for tilbuddet sammensætning. På baggrund af ovenstående blev der gennemført et workshopforløb for Quick Cares ledelse, herunder en faglig leder med indsigt i særligt det fysioterapeutiske område og de specifikke indsatser i kommunerne. I disse workshops præsenteres deltagerne for de formulerede antagelser og bedes diskutere dem, og



udfolde og fremhæve eventuelle kritikpunkter. Ud over at facilitere disse plenumdiskussioner, bruger evaluator det i kapitel 2 præsenterede teoretiske afsæt til en udfoldelse af diskussionerne, således at deltagerne løbende udfordres på deres antagelser og tvinges til løbende overvejelser af udtalte forståelser og antagelser. Når deltagerne således argumenterer for eksempelvis fysiologiske eller sociale mekanismer, som bindeledet i deres indsats, diskuteres dette i lyset af ICF-modellens forståelse af rehabiliteringsprocessen (WHO, 2001) og opfattelserne uddybes og nuanceres ligeså, ved inddragelsen af de mere sociale og relationelle perspektiver på sygdom, forhandling og mestring, som tidligere er præsenteret. Således får teoriapparatet også en praktisk anvendelse, som en del af diskussionerne under udviklingen af det programteoretiske værktøj. Diskussionerne inkluderer ligeledes overvejelser om kontekstuelle påvirkninger, strukturelle rammers indflydelse på virkninger af indsatsen, samt organisationens og samarbejdets betydning på tværs af involverede aktører i sagerne.

Det endelige programteoretiske produkt, som det samlede arbejde mundede ud i, er illustreret i følgende figur, der anskueliggør de programteoretiske antagelser omkring tilbuddet. Der tages afsæt i Funnell & Rogers' (2011:30-32) logiske model, fordi den repræsenterer en visuel anskueliggørelse af, hvordan ét led i programteorien fører til det næste. Denne tilgang vurderes fordelagtig for den senere analyse af, hvilke underliggende mekanismer som har medvirket til, at specifikke resultater har ført til bestemte del- og slutmål.

Figur 4.2: Programteori for fysioterapeutisk træningstilbud.<sup>23</sup>



Som det ses af programteoriens illustration, er indsatsen bygget op om antagelser om en målgruppe, som differentierer sig på punkter, der forventeligt påvirker virkningerne af indsatsen. Disse punkter er eksempelvis diagnostiske eller beskriver forskelle på sygdoms- og beskæftigelsehistorik (første kasse). Derpå er de centrale aktiviteter defineret, og kogt ned til helt konkrete daglige opgaver for de involverede fagprofessionelle (anden kasse). Disse aktiviteter iværksættes for alle borgere i tilbuddet uagtet deres tilhørsforhold i en eller flere undergrupper af målgruppen. Hver enkelt af de beskrevne aktiviteter foregår på forskellige tidspunkter igennem et forløb, men er centrale elementer for arbejdet med alle borgere. Kassen med mekanismer (tredje kasse) bygger bro fra aktiviteterne og over til kortsigtede og langsigtede mål, hvoraf førstnævnte ansues som en forudsætning for at opnå sidstnævnte. Mekanismerne skal altså forstås som de faktorer, der gør aktiviteterne virksomme, og får dem til at føre til resultater. De enkelte mekanismer i denne programteori er ikke knyttet op specifikt til hver deres aktivitet, hvilket skal illustrere, at forskellige aktiviteter kan føre til én eller flere af de virksomme mekanismer. De virksomme mekanismer udfoldes og diskuteres enkeltvis i afhandlingens kommende analyse, som også i

<sup>23</sup> En meget forsimplet version af denne programteori er også illustreret hos Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016.

nærmere detaljer bevæger sig ind i en diskussion af de udpegede del- og slutmål for indsatserne.

Deltagerne i workshoppen blev dermed bedt om at diskutere bud på, hvilke moderatorer som forventedes at medvirke til at mekanismerne blev aktiveret i rette kontekst. Det blev fremlagt at de psykologiske og fysiologiske mekanismer, herunder styrkelse af muskulatur og påvirkning af hormonudledning, blev direkte afledt af regelmæssig fysisk træning af kroppen. Træningstilvænnning og mestringen af øvelser påvirkes igennem spejling og normalisering blandt de andre deltagere i træningen og sker sammen med indsigten i sammenhængene mellem træning, sundhed og arbejdsliv under påvirkning af relationen til den fagprofessionelle i indsatsen og tilliden til dennes (oftest fysioterapeutiske) faglighed.

I arbejdet blev der desuden lagt vægt på at formulere, hvilke kontekstuelle og udefrakommende faktorer der forventeligt øver indflydelse på mekanismernes evne til at skabe sammenhæng mellem indsatsens aktiviteter og de formulerede målsætninger. Flere af disse forhold har reference tilbage til afhandlingens teoretiske afsæt, præsenteret i kapitel 2, og er her præsenteret i prosaform, for ikke at påvirke overskueligheden i den logiske model. Dels defineredes således ydre kontekstuelle og muligvis modererende omstændigheder. Af ydre påvirkninger påpeges lovgivningen, visitationstidspunkter og opfølgingsregler, tværsektorielt samarbejde, de fysiske træningsforhold og varigheden af indsatsen. I tillæg hertil blev udpeget forhold hos den enkelte aktør, i form af borgerens sociale, familiære og økonomiske situation, sygdomshistorik, samt en række relationelle betingelser som blandt andet samarbejdet mellem professionel og borger, mellem borger og eventuel arbejdsgiver, samt borgerens tillid til frontlinjemedarbejderens faglighed og borgerens oplevelse af en sammenhæng i indsatsen og i mødet med beskæftigelsessystemet.

Efter samme fremgangsmodel som den ovenfor beskrevne, formuleres herpå en programteori for de virksomhedsrettede praktiktilbud hos Quick Care, som udgør en anden af virksomhedens kernetilbud til sygemeldte borgere i kategori 2. Udarbejdelsen er foregået efter samme principper, dels igennem udredning af Quick Cares egne materialer og tilbudsbeskrivelser, samt igennem et lignende workshopforløb med ledelse og faglige medarbejdere i virksomhedspraktikkerne, faciliteret af evaluator. Programteorien for Quick Cares virksomhedspraktikker er præsenteret i det følgende afsnit.

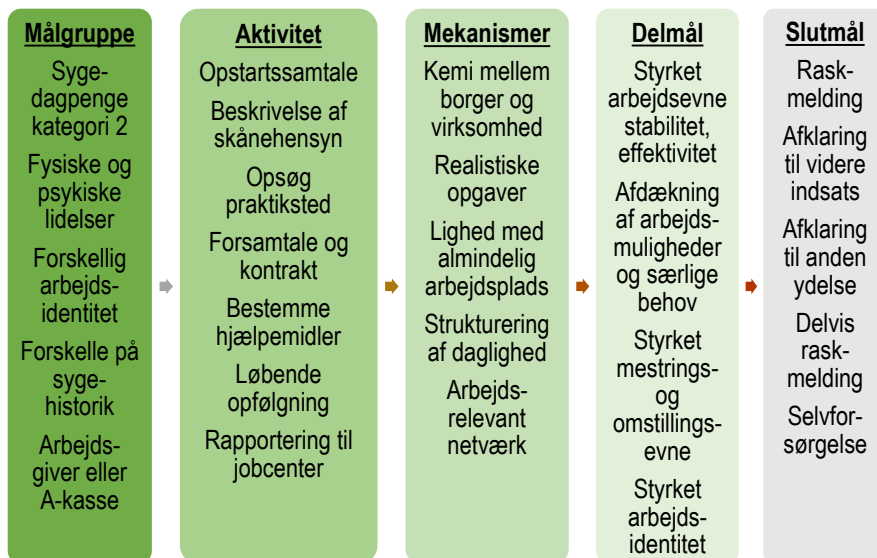
### 4.3.3 VIRKSOMHEDSPRAKTIK

Quick Cares virksomhedspraktikindsats bemannes af virksomhedskonsulenter, og har som primære mål at afklare og opkvalificere borgerens ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet igennem deltagelse på en egentlig arbejdsplads. Quick Care's virksomhedskonsulenter leverer virksomhedsrettede aktiviteter til borgerne med tilpasset indhold, henover et bredt virksomhedsnetværk med virksomheder fra forskellige brancher og fagområder. Borgere, som visiteres til tilbuddet, tilknyttes en fast virksomhedskonsulent og i tilfælde, hvor det er relevant, kan der desuden gøres brug af opfølgning fra en fysioterapeut. Borgeren kan ud over selve praktikken også modtage vejledning i jobsøgning, ansøgning og CV-skrivning. Det er Quick Cares ansatte virksomhedskonsulent, som agerer tovholder, facilitator og kontaktperson igennem forløbet for både borger, modtagervirksomhed og jobcenter.

I indsatserne er der fokus på at afklare borgerens arbejdsområde og potentielle jobmatch, vedkommendes mulige arbejdsstillinger, at kortlægge eventuelle skånehensyn og forebyggelsesmuligheder, samt belyse muligheder for udvikling af arbejdsevnen og en styrkelse af arbejdsidentiteten. Også i virksomhedspraktikkerne er det den dominerende antagelse, at et gennemgående arbejdsmarkedsrettet fokus i kontakten med både borger og andre involverede aktører er afgørende for at få indsatsen til at lykkes. Således er der i virksomhedskontakten, planlægningen af forløbet og i den fortløbende opfølgning hele tiden fokus på, hvordan aktiviteterne kan omsættes til noget, der gør borgeren bedre i stand til at begå sig i en arbejdssammenhæng fremadrettet. I slutningen af et forløb modtager jobcenterets sygedagpengesagsbehandler en afsluttende status, der beskriver praktikforløbet, borgerens arbejdsevne og eventuelle udviklingsmuligheder. Der sigtes mod at borgerne afprøver arbejdsfunktioner og opkvalificerer deres arbejdsevne. Hele tilrettelæggelsen af virksomhedspraktik baserer sig således på det fundament af teoretiske antagelser, som er slået tydeligt igennem på lovgivningsniveauet (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

For virksomhedspraktikforløbene formuleres ligeledes en programteori af de centrale aktører, som tydeliggør de forventede sammenhænge imellem indsatsens aktiviteter for målgruppen og de forventede resultater. Dette illustreres i følgende logiske model:

Figur 4.3: Programteori for virksomhedspraktik.



I illustrationen af programteori for virksomhedspraktik hos Quick Care er indsatsen også her bygget op om en forståelse af, at målgruppen differentierer sig (første kasse) og at dette påvirker resultaterne. De centrale aktiviteter (anden kasse) er tilpasset virksomhedskonsulenternes primære opgaver, og er igen beskrevet enkeltvis og forekommer på forskellige tidspunkter igennem et virksomhedspraktikforløb. De definerede virksomme mekanismer (tredje kasse) forventes at medvirke til, at én eller flere af de definerede aktiviteter leder til de opstillede del- og slutmål (fjerde og femte kasse).

Det blev diskuteret, hvilke moderatorer som forventeligt kunne aktivere de definerede mekanismer i programteorien. Her blev tydeliggjort, at forholdet mellem borger og virksomhed påvirkes igennem dialog og arbejdspladsens rummelighed. Ligheden med en almindelig arbejdsplads fordres igennem realistiske arbejdsopgaver og tildelingen af ansvar. Kompetenceudviklingen påvirkes forventeligt igennem en øget optrapning af arbejdsbelastning og opgaver, og etableringen af det arbejdsrelevante netværk påvirkes antageligt igennem oplevelsen af normalisering og spejling i kollegiale relationer.

I lighed med det fysioterapeutiske tilbud, blev der for virksomhedspraktikken defineret kontekstuelle og modererende forhold, som forventes at øve indflydelse på mekanismernes evne til at skabe sammenhæng mellem indsatsens aktiviteter og de formulerede målsætninger. Af ydre kontekstuelle og muligvis modererende omstændigheder blev igen peget på de lovgivningsmæssige rammer, herunder visitationstidspunkter og opfølgingsregler, samt på vilkårene for samarbejde imellem de forskellige sektorer, som ofte er involveret i sygedagpengesager. Virksomhedernes situation, deres økonomi og arbejdsopgaver samt længden af et praktikophold blev ligeledes udpeget. I tillæg hertil blev udpeget forhold hos den enkelte borger, i form af den sociale, familiære og forsørgelsesmæssige situation, borgerens sygdomshistorik og tidligere arbejdsgiverforhold og relationelle betingelser. Disse omhandlede blandt andet samarbejdet mellem professionel og borger, borgerens tillid til frontlinjemedarbejderens faglighed, borgerens motivation og borgerens oplevelse af en sammenhæng i indsatsen. Disse faktorer forventes også for et virksomhedspraktikforløb, at øve indflydelse på mekanismernes evne til at lade aktiviteter føre til resultater.

## **4.4 OPSUMMERING**

Det foregående kapitel har præsenteret virksomheden Quick Care og dennes rolle som case i afhandlingens videre arbejde med at evaluere rehabiliterende indsatser for modtagere af sygedagpenge. Det blev diskuteret, hvilken form for case Quick Care udgør i denne sammenhæng, samt hvilke implikationer dette medfører for afhandlingen. Derpå har kapitlet beskrevet to centrale og udvalgte indsatstyper i Quick Cares arbejde, som gøres til genstand for videre evaluering. For hver af disse indsatstyper er formuleret en specifik programteori, som er illustreret som såkaldt logiske modeller (Funnel & Rogers, 2011). Det er diskuteret, hvordan de enkelte dele af programteoriene kobles til hinanden og de logiske modeller tjener det formål at udpensle hvert enkelt element i programteorien. Derved medvirker de til at muliggøre en empirisk efterprøvning af netop hvert af disse elementer. De to programteorier bliver lagt til grund for evalueringen af sygedagpengeindsatsen i denne afhandling, og i det kommende kapitel afklares de metodiske greb, med hvilke denne efterprøvning af programteoriene gennemføres.

# KAPITEL 5: METODER TIL EVALUERING AF SYGEDAGPENGEINDSATSEN

“Designs are models of, and not simply for, research; they are intended to represent what is actually taking place, not simply what the researcher plans or intends”.

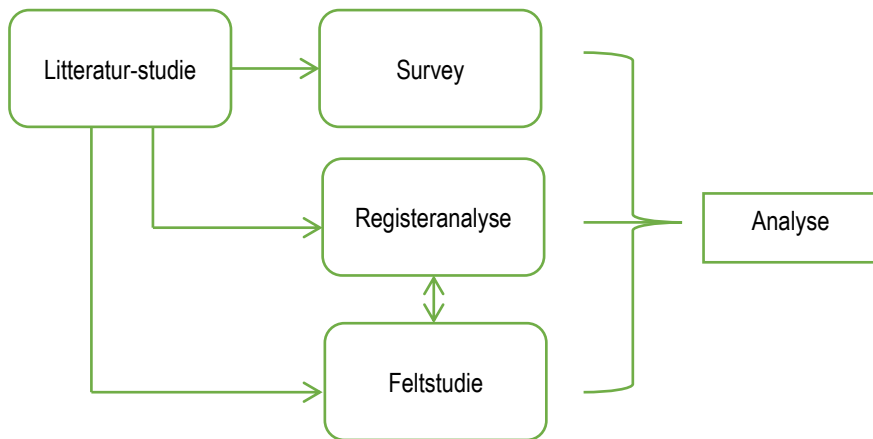
Joseph A. Maxwell, 2012

## 5.1 PROJEKTETS METODER

Både undersøgelsesspørgsmål og evalueringsmodel i afhandlingen lægger således op til en tværmotodisk tilgang, hvor hver del har til formål at undersøge selvstændige aspekter af programteorien. Dette fordi forskellige metodiske greb er vurderet adækvate til undersøgelse af forskellige dele af afhandlingens problemstilling. Således giver det mening at sætte nogle former for metoder i spil, når vi vil besvare spørgsmålene om, hvilke typer af interventioner der virker og for hvem, mens andre metoder er relevante at sætte i spil, når spørgsmålene handler om, hvorfor indsatserne virker og hvordan. Tværmotodiske projekter kan have flere forskellige formål, herunder triangulering brugt som validering, komplimentære metoder, der skal give en mere fuld eller dyb forståelse, eller en sekventiel videreudvikling, som skal styrke studiet eller udvide det til at omfatte andre aspekter (Greene et al., 1989). Brewer & Hunter (2006) argumenterer for, at mixed method-forskning integrerer forskellige forståelser af vores forskningsfelt, på samme måde som anvendelsen af forskellige teoretiske begreber og tilgange også gør.

Afhandlingens design er sammensat på tværs af ovenstående typologier, hvorfor dele af designet kan karakteriseres som sekventielt, andet er integreret og atter andet igen er komplimentært (Greene, 2006). Disse typologier yder sjældent retfærdighed over for hele kompleksiteten i et forskningsdesign, men fungerer alligevel som et redskab til at anskueliggøre de mere komplekse dele af et omfattende design.

Figur 5.1: Illustration af projektdesign.



Som det fremgår af figuren, består afhandlingen af fire metodiske delelementer, som enten er foretaget sekventielt eller er integreret i hinanden. Forholdet mellem delelementerne er illustreret ved pilenes retning, men der hersker ikke enighed i litteraturen om, hvad integration af metoder i et samlet design præcist vil sige. Bryman (2006) skriver, at der alene er tale om et design, som involverer både kvantitative og kvalitative metoder, hvorimod andre påpeger nødvendigheden af en langt tættere involvering (Greene, 2006). Litteraturen giver bud på forskellige måder at tænke integration af metoder på; fra teoretisk integration, design integration, data integration, metodisk integration, analytisk integration eller fortolkningsmæssig integration. Den mest centrale integrationsform af metoder i denne afhandling findes i analysen, hvor de forskellige metodiske greb samlet anvendes til at belyse de forskellige dele af undersøgelsesspørgsmålene gennem efterprøvningen af programteoriene. Der sker dog også en metodisk integration flere steder i evalueringsarbejdet, idet resultaterne fra én metode nogle steder medvirker til at kvalificere den næste metode til indsamling af nye informationer. Niveauerne i designet afhænger derfor på sin vis af hinanden. Litteraturstudiet kortlagde den eksisterende viden og lovgivningen på området, hvilket fik indflydelse på den måde, de resterende dele af undersøgelsen blev udformet. Registeranalysen og det kvalitative feltstudie blev gennemført simultant og dækker forventeligt over de samme konkrete borgere, til trods for en klar anonymisering af det kvantitative data. Således blev hver af de to metoder brugt til at besvare forskellige dele af samme problemformulering.



## 5.2 TEST AF INDSATSERNES PROGRAMTEORIER

Når de formulerede programteorier fra kapitel 4, som tidligere beskrevet, har til formål at drive evalueringen, handler det blandt andet om, at de er med til at tydeliggøre, hvilke metodiske greb der kan anvendes til at belyse de forskellige processuelle og effektmæssige del-elementer i teorierne. Dette kapitel handler om de metodiske værktøjer, som afhandlingen har gjort brug af, for at kortlægge og undersøge spørgsmål om sygedagpengeområdet generelt. Derudover for konkret at teste de to formulerede programteorier empirisk og derved bidrage til en forståelse af, hvilke indsats typer som virker over for hvilke sygemeldte borgere, hvorfor de virker og under hvilke omstændigheder.

Modsat andre typer af evalueringsmodeller, lægger virkningsevaluering ikke i sig selv op til brugen af bestemte dataindsamlingsmetoder. I stedet lader man de enkelte dele af programteorien bestemme, hvilke metodiske greb der bedst indfanger viden omkring netop det led i programteorien, som undersøges (Dahler-Larsen, 2013:125). Det er ikke unikt for virkningsevaluering at kombinere flere forskellige metoder i undersøgelsesdesignet, men ofte bidrager flermetodiske design primært med eksempelvis en kvalitativ uddybelse af kvantitative analyser, eller ved at kvantitative greb sættes i spil for at anskueliggøre omfanget eller forekomsten af kvalitativt beskrevne fænomener. I virkningsevaluering går man snarere på jagt efter forskellige svar, som hver især forklarer dele af de komplekse virkninger af en indsats (Pawson & Tilley, 1997).

I denne afhandling trækkes programteorierne frem i samspil med empirien. Ser man de logiske model-repræsentationer af programteorierne<sup>24</sup> for sig, har hver af de følgelig beskrevne metoder som hovedformål at belyse forholdene mellem forskellige kasser i de logiske modeller. Skelner man overordnet, kan man sige, at litteraturstudie og survey-undersøgelse har bidraget med viden om indsatsernes målgruppe, forskellige delmålgrupper, samt omkring de centrale aktiviteter og organisatoriske og lovgivningsmæssige omstændigheder, der påvirker indsatserne. Den kvalitative del af evalueringen, baseret på interviews med borgere og frontlinjef professionelle er i højere grad brugt til at efterprøve antagelserne om, hvilke mekanismer aktørerne erfarer som bindeled mellem indsatserne og resultaterne. Blom & Morén (2010) studerer

---

<sup>24</sup> Jf. de opstillede programteorier fra kapitel 4 over indsatserne for virksomhedspraktik og fysioterapeutisk træning hos Quick Care i afsnit 4.2.2. og 4.2.3.

mekanismer i sociale indsatser som noget, der er kontekstuel bestemt og sjældent fuldt ud observerbart, hvilket har implikationer for vores muligheder for empirisk efterprøvning. Er der tale om sociale og relationelle mekanismer, kan disse dog ofte studeres gennem menneskelig adfærd<sup>25</sup>, som i nogen udstrækning kan være tegn på mekanismernes forekomst (Ibid. 2010:104). Jævnfør det i kapitel 4 præsenterede perspektiv omhandlende mekanismerne som ofte netop personligt og relationelt forankrede, findes der grund til at antage, at analysen med fordel kan søge efter spor og tegn på de virksomme mekanismer ved at studere de involverede aktørers adfærd og erfaringer igennem sproglige udsagn herom. Til dette formål defineres desuden tre former for mekanismekategoriseringer, benævnt som *situationelle*, *adfærdsændrende* og *transformerende* mekanismer. Situationelle mekanismer dækker over sociale situationer eller begivenheders påvirkninger af individets holdninger, målsætninger og handlemuligheder. De adfærdsformende mekanismer beskriver, hvordan de individuelle holdninger, målsætninger og handlemuligheder påvirker individuelle valg og adfærd. Slutteligt beskriver de transformerende mekanismer, hvordan grupper af individer og deres interaktioner tilsammen kan have indvirkninger på resultater (Astbury & Leeuw, 2010:371). Denne sondring mellem forskellige mekanismetyper vil senere blive anvendt i afhandlingens analyse, til at udpege og efterprøve afgørende mekanismer i de indsatser, som evalueres. Dette vil blive gjort igennem systematiske gennemgange af interviewmaterialet, som sigter mod at identificere ovenstående mekanismetyper.

Sidst men ikke mindst gør afhandlingen brug af et metodisk greb, der skal efterprøve resultaterne af indsatserne i lyset af de opstillede mål og delmål for indsatserne, som handler om at nedbringe borgernes sygefravær fra arbejdsmarkedet og øge deres arbejdsevne for at bringe dem tættere på selvforsørgelse.

De næstkommende afsnit redegør enkeltvis for hvert af de metodiske elementer i afhandlingen, med det formål at konkretisere fremgangsmåden bag hver enkelt.

---

<sup>25</sup> Herunder forstås i afhandlingen også kommunikativ adfærd og sproglige handlinger observeret igennem eksempelvis interviewsituationer.

## 5.2.1 LITTERATURSTUDIE

Afhandlingen blev indledt med at kortlægge den nuværende forskningsviden på sygedagpengeområdet. Dette blev grebet an igennem et studie af evalueringer og litteratur, samt en granskning af den lovgivningsmæssige udvikling på sygedagpengeområdet igennem de seneste årtier. Litteraturstudiet og dets resultater er publiceret som afhandlingens første artikel og findes under afhandlingens Artikel I (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

Metodisk var litteraturstudiet inspireret af fremgangsmåden bag såkaldt *realistisk syntese* (Pawson, 2006) og således i tråd med den overordnede inspiration, som projektet henter i den realistiske evalueringstradition. En litteraturgennemgang har sædvanligvis til formål at opsamle og systematisere den tilgængelige forskning og viden inden for et felt. Den realistiske syntese formulerer imidlertid et opgør med det traditionelle systematiske meta-review og kritiserer den vanlige forrang som gives særlige metoder, og en for ensidig forståelse af kausalitet, som alene afgjort af *antallet af gange, noget forekommer* (Pawson, 2006:20-21).

Hvis sociale programmer og interventioner forventes at kunne skabe sociale forandringer, må vi i stedet afdække de mekanismer, der fungerer som drivkraft for disse forandringer. Dette kræver en metodisk tilgang til et vidensakkumulerende review, der ikke ekskluderer studier på baggrund af givne metoder, men i stedet fokuserer på at inddrage de studier af tilstrækkelig kvalitet, som kan belyse netop de elementer af en programteori, som man ønsker at undersøge (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

Arbejdsprocessen ved en realistisk syntese kan tilrettelægges på flere måder. Den tager udgangspunkt i formuleringen af et undersøgelsesspørgsmål og en efterfølgende søgning efter primærstudier og kilder til etableringen af en programteori (Pawson, 2006:103). Den præcise fremgangsmåde, søgestrategi og kvalitetskriterierne for dette litteraturstudie, er redegjort for i artiklen og præsenteres sammen med de resultater som i øvrigt blev opridset i afhandlingens kapitel 1. Litteraturstudiet blev grundlaget for formuleringen af en lovgivningsbaseret programteori, der blev efterprøvet ved hjælp af de fundne resultater fra tidligere forskning på sygedagpengeområdet. Litteraturstudiets resultater indgår i den samlede analyse og i præsentationen af afhandlingens konklusioner i kapitel 6 og 7.

## 5.2.2 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Den efterfølgende spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i foråret 2014 og rundsendt til samtlige sygedagpengeenheder i alle landets 94 jobcentre. Formålet var at kortlægge indsatserne for sygemeldte og at samle viden om antagelser og beslutninger i selve visitationsprocessen, samt at belyse jobcentrenes egen praksis med henblik på evaluering af indsatsernes resultater. Der var således endnu ikke i denne fase af afhandlingens dataindsamling en ambition om at efterprøve specifikke programteorier, men snarere om at skabe et overblik over sygedagpengeindsatsens indhold, organisering og centrale antagelser.

Spørgeskemaet blev udformet i to dele og tilpasset henholdsvis sagsbehandlende sygedagpengemedarbejdere og afdelingsledere. Der blev gennemført en pilottest i en enkelt kommune (Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen, 2013:117), forud for den elektroniske udsendelse (ibid:147). Skemaerne opnåede svarprocenter på henholdsvis 70 % blandt de udvalgte sagsbehandlere og 76 % blandt lederne. Der blev gennemført en analyse af spørgeskemaets repræsentativitet (ibid:53), som viste en hensigtsmæssig geografisk fordeling blandt besvarelsene. En analyse af de deltagende kommuners størrelse, fordi der forventeligt kan være vilkår i forhold til sygedagpengeindsatsen, som er forskellige i henholdsvis landets største og mindste kommuner, viste en svag overrepræsentation af landets største kommuner.

Spørgeskemaet beskæftigede sig med fem forskellige temaer, der tilsammen havde til formål at undersøge de forskellige typer af tilbud, som borgerne visiteres til og jobcentrenes visitationspraksis. Herunder belyses de antagelser som ligger til grund for beslutninger, samt kommunernes forholden-sig-til og viden om egne indsatser. Disse temaer blev formuleret som følger:

- Jobcentrenes organisering af den samlede indsats for sygedagpengemodtagere.
- Jobcentrenes tilbudsvifte til sygemeldte borgere.
- Jobcentrenes visitationspraksis af sygemeldte til forskellige tilbudstyper.
- Jobcentrenes antagelser om, hvad der virker i sygedagpengeindsatsen.
- Jobcentrenes registrering og evaluering af indsatsernes resultater.

En række metodiske overvejelser gik forud for selve konstruktionen af spørgeskemaet, samt formuleringen og rækkefølgen af de udvalgte spørgsmål. Disse overvejelser gik

dels på målgruppetyper og på en passende formulering af de enkelte spørgsmål, som var målrettet en gruppe af fagprofessionelle med forventelig stor indsigt i det pågældende fagområde. Desuden indgik refleksioner om udformningen af forskellige spørgsmålstyper inden for kategorierne baggrunds-, holdnings-, videns- og adfærdsspørgsmål (Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen, 2013:72-74). Der blev i konstruktionen af spørgeskemaet lagt vægt på at undgå fejl, som af Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen (2013) betegnes som klassiske inden for spørgeskemakonstruktion. Dette inkluderer brugen af ledende spørgsmål, for lange eller for komplekst formulerede spørgsmål, indforståethed og tvetydigheder i formuleringerne, eller ulogiske eller modsatrettede svarmuligheder (Olsen, 2005).

Lavpraktisk blev programmet udformet i survey-programmet SurveyXact, der tilbyder en række hensigtsmæssige tekniske muligheder ved gennemførelsen af online spørgeskemaer. Blandt andet tillades respondenterne forskellige skemaer alt efter, hvilken gruppe de tilhører, og det sikres at respondenterne præsenteres for relevante spørgsmål, ved at tage højde for tidligere afgivne svar (Bryman, 2012:671). Deltagerne blev forud for deltagelse oplyst om spørgeskemaets formål og anvendelse og garanteret fortrolighed og anonymitet (Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen 2013:167). Det fremgik, at alene kommunenavnet ville blive angivet i fremtidig formidling af spørgeskemaundersøgelsens resultater, ligesom det blev garanteret, at oplysninger fra besvarelserne ikke ville blive delt på tværs af henholdsvis ledelses- og medarbejderniveau. Udsendelsen af spørgeskemaet foregik af to omgange, og der blev gennemført en håndholdt indsamlingsproces med personlig kontakt til de respondenter, som ikke reagerede på første henvendelse. Dette medvirkede til at sikre den høje svarprocent på begge skemaer. De indsamlede besvarelser blev gjort klar til analyse i SurveyXacts eget analysemodul, som blandt andet giver adgang til funktioner i form af omkodning af variable og visuelle præsentationer af svarfordelingen. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen indgår i analyse- og diskussionsafsnittet i kapitel 6, samt i konklusionerne, der er samlet i kapitel 7.

Hvor litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen i de kommunale jobcentre havde til formål at etablere viden om tidligere forskningsresultater på området, samt at skabe et billede af den nuværende sygedagpengeindsats i landets kommuner, vender vi os nu mod de metoder, der blev sat i spil i forbindelse med evalueringen af udvalgte indsatser for sygemeldte.

### 5.2.3 REGISTER- OG SURVEY-DATA

Som led i efterprøvningen af de formulerede programteoretiske antagelser for indsatserne hos Quick Care, med særligt fokus på at undersøge resultaterne (del- og slutmål), gennemførtes i 2016 og 2017 en effektanalyse, baseret på en kombination af registerdata og lokalt indsamlet survey-data med information om de borgere, som har deltaget i Quick Cares tilbud. Analysen af denne del af data har til formål at belyse de spørgsmål i evalueringen, som handler om, hvorvidt en given indsats virker. I dette tilfælde igennem en analyse, der gør os i stand til at belyse om nogle indsatstyper synes at have en større indflydelse end andre på den efterfølgende grad af sygemelding og beskæftigelse. Gennem analyser og sammenligninger mellem forskellige grupper af kategori 2-sygemeldte i forskellige indsatstyper i og uden for Quick Cares tilbud, vil analyserne anskueliggøre, hvordan disse indsatser influerer på borgernes efterfølgende situation.

Registerdata er betegnelsen for datainformationer indsamlet af de danske myndigheder med administrative formål for øje. Registerne indeholder oplysninger om personer og virksomheder; blandt andet skatteforhold, forbrug af sundhedsydelser, uddannelse og udbetaling af offentlige ydelser. Danske forskere har i stærkt reguleret omfang mulighed for at få adgang til disse registre i anonymiseret form, hvilket er ganske unikt og blandt andet giver samfundsforskere privilegerede muligheder for adgang til data, som ellers vil være svære at opnå (Møberg, 2017:345). Registerdata i denne afhandling stammer fra det såkaldte DREAM-register, der håndteres af Danmarks Statistik og opgøres på ugebasis. Mere præcist indeholder datasættet oplysninger om enkeltpersoners forbrug af sygedagpengeydelser, visitation til beskæftigelsestilbud, ansættelsesforhold og A-kassemedlemskab. Dertil kommer oplysninger om personindkomst og grunddata med oplysninger om køn, civilstand, alder og uddannelse. Desuden indeholder data oplysninger hentet fra lægemiddel- og sygesikringsregisteret, om lægebesøg, indlæggelser og forbrug af lægemidler.

Survey-betegnelsen dækker over en systematisk metode for indsamling af data gennem spørgeskemaer, som herefter kan gøres til genstand for statistisk bearbejdning (Frederiks, Gundelach & Nielsen, 2017:11). Survey-data bruges i dette afsnit som betegnelse for det data som er leveret af Quick Care, selvom dette er genereret via medarbejdernes systematiske registreringer af oplysninger i virksomhedens eget system, snarere end via et traditionelt spørgeskema. Dette data indeholder detaljerede oplysninger om Quick Care-borgernes deltagelse i forskellige

af deres tilbud, tilbuddenes konkrete aktiviteter og borgernes situation før og efter indsatsen. Denne del af data tillader således en mere detaljeret indsigt i det egentligt konkrete indhold i et tilbud, end det er tilfældet med DREAM-registerets mere overordnede kategorier. Til gengæld omfatter Quick Cares data alene de borgere, som har været i indsatser hos virksomheden selv.

De to datakilder er koblet til ét samlet datasæt, via en proces foretaget i samarbejde med Danmarks Statistik, som har sikret de nødvendige datamæssige og juridiske hensyn. Først er de ønskede variable til brug i analysen udpeget, derpå er Quick Cares datasæt blevet rensset og importeret i et software-program, som kan håndteres af Danmarks Statistik. Denne rensning bestod dels af at fjerne ufuldstændige observationer (fx ved manglende oplysninger, der umuliggjorde analyse eller indsigt i resultater), samt ved at foretage enkelte samkodninger af indsatsvariable, som blev vurderet at være stort set identiske (eksempelvis deltagelse i fysioterapeutisk træning i fire uger i 4 timer pr. uge eller i 6 timer pr. uge). Samkodningerne blev foretaget dels for at reducere analysens kompleksitet og dels for at øge indsatsgruppernes volumen og muligheden for at registrere eventuelle effekter. Quick Cares datasæt er derpå tilsendt Danmarks Statistik, som indledningsvis kobler dette data til de nationale registre, via oplysninger om borgernes cpr. numre. Derpå foregår en anonymiseringsproces, som udskifter borgernes cpr. numre med fiktive talkombinationer. Afslutningsvis returneres et samlet datasæt, som nu består af fiktive numre og oplysninger for hvert enkelt individ baseret på variable fra begge de to oprindelige datasæt, såfremt en borger optræder begge steder. For de mange borgere, som ikke har deltaget i Quick Cares indsatser, men har været i indsatser andetsteds, fremgår naturligvis kun oplysninger ud for registervariablene.

Kombinationen af survey- og registerdata rummer ifølge Møberg (2017) en række potentialer, fordi de supplerer hinanden og har forskellige styrker og svagheder (Møberg, 2017:348). Den ene datakilde indeholder detaljerede oplysninger om en begrænset stikprøve, mens den anden rummer mere overordnede baggrundsinformationer om hele populationen. Dette betyder for besvarelsen af afhandlingens hovedspørgsmål, at analyserne vil kunne udtale sig omkring flere detaljer i spørgsmålet om *hvad der virker*, baseret på et højere detaljeniveau om indsatsernes indhold og målt på såvel del- som slutmål, og samtidig vil kunne anlægge et bredere tidsperspektiv både før og efter indsats tidspunkt. Det samlede datasæt indeholder oplysninger om en tiårig periode fra 2004 til 2014. De konkrete nedslag for

analyserne blev foretaget for perioden 2010 til 2011, da der ikke i denne periode pågik lovgivningsmæssige ændringer af forventet betydning for indsatsernes virkninger.

En oversigt over samtlige variable i analysen findes under bilag 3. Efter en bearbejdning af variable og afgrænsning af tidsperiode og indsatstyper, bestod det endelige datasæt i analyserne af i alt 13.901 borgere i kategori 2, som alle modtog sygedagpenge på et tidspunkt i perioden fra 2010 til 2011. Sammenholdes dette tal med de ca. 30.000 aktiverede borgere, som ifølge Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering<sup>26</sup> modtog sygedagpenge undervejs i henholdsvis 2010 og 2011, ses således en stikprøve, som udgør under halvdelen af den potentielle samlede population. Frafaldet tilskrives dels, at nogle borgere i gruppen ikke har været visiteret til tilbud under henholdsvis vejledning og opkvalificering eller tilbud om virksomhedspraktik, eller at manglende oplysninger i datasættet har gjort at de måtte fravælges, for at muliggøre de videre analyser. Det er en generel risiko ved et sådant fravalg, at stikprøven ender med at adskille sig systematisk fra populationen, således at resultaterne kun i et begrænset omfang lader sig generalisere. Et potentielt problem i nærværende afhandling kunne være, at borgere i den tungeste ende af kategori 2 på sygedagpengeydelsen ikke visiteres til tilbud eller registreres korrekt, eksempelvis grundet ventetider eller indsatser andetsteds end i beskæftigelsesregi. Tilsvarende er det en risiko for de meget lette sygedagpengesager, at borgeren raskmeldes og således når at blive afsluttet, førend en egentlig indsats iværksættes. Samlet set vurderes det i denne afhandling, at stikprøven således bedst repræsenterer "midtergruppen" af sygedagpengeforløb og sager i kategori 2. Derfor er resultaternes rækkevidde potentielt begrænset i forhold til at kunne forklare særligt komplekse sager, meget kortvarige sager uden indsats, og sager der af den ene eller den anden årsag ikke har kunnet visiteres til en registreret indsats, eller som har været påvirket af fejlregistrering.

Det videre arbejde med datasættet bestod af omkodning, kategorisering og samkodninger af variable, der gjorde data anvendeligt i den efterfølgende analyse (Bryman, 2012:359). Analysearbejdet bestod indledningsvis af deskriptive modeller, som skulle give indsigt i og overblik over data. På baggrund af ønsket om at arbejde med én enkelt kontinuér outcome-variabel ad gangen, men med flere forskellige uafhængige variable, gennemførtes en multipel lineær regressionsanalyse (Field, 2013:916). Denne havde til formål at påvise, hvordan de forskellige indsatstyper i og

---

<sup>26</sup> Tallene er trukket via [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk), senest den 1. december 2017.



uden for Quick Care-regi, influerede på forskellige undergrupper af borgeres efterfølgende arbejdsmarkedstilknytning.

Der er forud for analyserne pågået en bearbejdnings- og operationaliseringsproces (Bryman, 2012:161), som har taget udgangspunkt i de til evalueringen formulerede programteorier (jf. kapitel 4). Først og fremmest er målgruppen i data afgrænset til sygedagpengeborgere i kategori 2. Hertil har en række variable givet mulighed for at kontrollere for forskellige baggrundskarakteristika, baseret på oplysninger om køn, alder, uddannelse og etnicitet, samt oplysninger om sygdomsformen baseret på lægemiddeltyper, indlæggelser og lægebesøg. Desuden kontrolleres for arbejdsmarkedshistorik ved hjælp af oplysninger om indkomst og tidligere antal uger tilbragt på offentlig forsørgelse. De forskellige typer af indsatser blev opdelt i grupper, der oplyste hvilken aktivitet en borger havde deltaget i og hos hvem. Dette tillod en skelnen imellem de borgere som havde været i eksempelvis virksomhedspraktik kontra andre tilbudstyper, og de borgere som havde været i indsats hos Quick Care eller hos andre kommunale eller private aktører.

Operationaliseringen af de mest centrale variable i afhandlingens analyse, er anskueliggjort i det følgende.<sup>27</sup> Indledningsvist forklares den oprindelige variabel og dennes anvendelse i analysen. Derpå redegøres for det operationaliserede udtryk og der tilknyttes bemærkninger om begrænsninger og betydninger af operationaliseringen i relation til dennes validitet og reliabilitet.<sup>28</sup>

Den lineære regression er i afhandlingen anvendt til at analysere forholdet mellem uafhængige forklarende variable og afhængige outcome-variable. De to centrale outcome-variable i afhandlingens analyser består af henholdsvis en variabel for A-indkomst og for modtagelse af sygedagpengeudbetaling udtrykt i antal uger. Modtages A-indkomst i en given uge, anses dette som et udtryk for lønnet beskæftigelse. Modtages sygedagpenge i en given uge, tages det som udtryk for sygdommelding. Dette sker med forbehold for, at denne operationalisering ikke fanger eventuelt ulønnet arbejde, sort arbejde, eller studieaktivitet. Det er således muligt, at der kan være tale om en raskmelding uden forekomsten af A-indkomst. Variablen om sygedagpenge udtrykker

---

<sup>27</sup> Det er i teksten undladt at inkludere de mest åbenlyse operationaliseringer, eksempelvis anvendelsen af variabelen "fødselsår" som et udtryk for en persons alder. I stedet er der lagt vægt på at inkludere variable, hvis operationalisering har været genstand for en egentlig tolkning.

<sup>28</sup> For en uddybende oversigt over operationaliseringer af centrale variable i analysen, se bilag 4.

hvorvidt der udbetales ydelse, og siger således ikke noget om individets faktiske helbredsmæssige tilstand.

Afhandlingens primære forklarende variabel består af den indsatsstype, en borger har været visiteret til. Dette udtrykker den indsats, altså den aktivitetsform, den enkelte har deltaget i under sit sygedagpengeforløb. Det er denne indsats, vi ultimativt søger at fastslå virkningerne af. Variablen er opdelt i overordnede tilbudskategorier og baseret på sagsbehandlerens registrering i jobcentre. Variablen siger således ikke noget om borgerens egentlig deltagelse, eller om intensiteten eller kvaliteten af tilbuddet, ligesom den ikke siger noget om eventuelle andre aktiviteter, som en enkeltperson deltager i ud over det visiterede tilbud. I analysen gøres desuden brug af en gruppe variable, som tilskrives forskellig rolle på forskellige tidspunkter i analysen. Nogle steder optræder de som baggrunds- og kontrolvariable for at sikre sammenlignelighed mellem indsatsgrupper, andre steder gøres de til udtryk for delmål for indsatserne og fungerer dermed som outcome variable. Variablene om lægemidler operationaliseres som udtryk for en persons indtag af medicin, og således som indikator for en behandlingskrævende tilstand. Operationaliseringens reliabilitet begrænses her af, at det naturligvis er muligt at være syg, uden at modtage medicin, og at variablen desuden alene omfatter receptpligtig medicin. Variablen omkring indlæggelser på hospital anskues ligeledes som et udtryk for en persons sundhedstilstand, selvom det er muligt at være syg uden indlæggelse, og til trods for at nogle sygdomme vil være mere tilbøjelige til at kræve indlæggelse end andre. Variable om lægebesøg inddrages ligeledes til at udtrykke en persons helbredstilstand, til trods for usikkerheden ved at nogle borgere formentlig hyppigere opsøger læge end andre, uden at det nødvendigvis udtrykker deres faktiske tilstand. Trods disse begrænsninger samkodes de medicinske og lægelige oplysninger til en samlet variabel, der i analysen tages som udtryk for en persons samlede *sundhedsgrad*. Jo flere lægebesøg, medicinrecepter og indlæggelser, jo lavere antages vedkommendes samlede grad af sundhed at være.

Den lineære regressionsanalyse bygger på den antagelse, at sammenhængen mellem forklarende og afhængige variable (X og Y) kan beskrives lineært (Field, 2013:309). Det undersøges med andre ord, hvorvidt værdien af en uafhængig variabel som indsatsstype (X), påvirker udfaldet af en afhængig variabel som eksempelvis længden på sygemelding (Y) (Helbæk, 2012:117). Fordi det antages, at forholdet kan tegnes lineært, anvendes linjens funktion:  $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + u$

Fordi multiple regressioner anvendes til at håndtere flere forklarende variable på vores outcome (Field, 2013:321) end den enkelte variabel ovenfor, knyttes flere led på linjens funktion. Det udtrykkes således at  $Y$  er en funktion af flere  $X$ 'er (Helbæk, 2012, 127). Således anvendes en grundfunktion, hvor:  $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + u$

Her udgør  $\beta_0$  skæringspunktet med linjen,  $\beta_1$  er regressionsparameteren for  $x_1$ ,  $\beta_2$  er regressionsparameteren for  $x_2$ , og  $u$  er fejleddet, som dækker over den statistiske usikkerhed og alt det, som modellen ikke kan forklare. Dette fejleddet, også kaldet residualerne, antages at være normalfordelt, med en spredning som er uafhængig af værdien af  $X$ . Residualerne er de estimerede fejl, altså differencen mellem de observerede  $Y$ -værdier og de tilsvarende  $Y$ -værdier beregnet i regressionsmodellen (Helbæk, 2012:124).

Et eksempel på ovenstående tankegang er en model, der undersøger, hvorvidt antallet af uger på sygedagpenge afhænger af både indsatstypen (*type*) og sygdomsgraden (*sygegrad*):

$$\text{Uger på sygedagpenge} = \beta_0 + \beta_1 \text{type} + \beta_2 \text{sygegrad} + u.$$

Fordi vi formoder at der er en vis sammenhæng mellem de afhængige og uafhængige variable i populationen (alle modtagere af sygedagpenge), men samtidig ikke kender denne sammenhæng præcist, bruger vi stikprøven (altså det sammensatte datasæt) til at estimere det bedste bud på den sande sammenhæng mellem  $X$  og  $Y$ .

Regressionsmodellens parametre kan estimeres på en række forskellige måder, hvoraf en af de mest anvendte er den såkaldte Ordinary Least Squares (OLS), som på dansk også kaldes *mindste kvadraters metode* (Field, 2013). OLS-tilgangen søger at minimere summen af de kvadratiske afstande mellem vores observerede værdier i datasættet, og de værdier som forudsiges ved den lineære funktion. Jo kortere den samlede kvadratiske afstand mellem punkter og linje er, jo bedre antages modellen at være tilpasset. OLS siger med andre ord noget om, hvor godt den estimerede model passer til data. Med brugen af OLS følger flere antagelser, herunder antagelser om homoskedasticitet - altså at måleusikkerheden er den samme for alle  $Y$ -værdier og uafhængige  $X$ -værdier og at fordelingen af disse måleusikkerheder er normalfordelte. Det antages desuden, at  $X$ -værdierne er uafhængige af hinanden, og at residualernes afvigelse fra regressionslinjen er uafhængige af hinanden (Helbæk, 2012:120).

Efter regressionsmodellernes estimering i analysen er modellernes validitet, sammen med signifikansen af de estimerede parametre, efterprøvet igennem test for modeltilpasning, herunder  $R^2$  for en vurdering af forklaringsgraden<sup>29</sup>, analyser af residualmønstre og konstruktion af den såkaldte ANOVA-tabel. Statistisk signifikans er undersøgt ved en F-test af den overordnede tilpasning, efterfulgt af T-test af de individuelle parametre (Field, 2013). Residualanalyser er gennemført ved hjælp af grafiske metoder for at undersøge, hvor godt modellerne stemmer overens med data og for at kontrollere, at forudsætningerne for OLS ikke er brudt (Helbæk, 2012:124), herunder antagelsen om homoskedasticitet og residualernes uafhængighed og normalfordeling. Førstnævnte granskes for at sikre, at de senere P-værdier i analysen ikke bliver for usikre, grundet en potentiel forskel på residualernes spredning og undersøges igennem et scatterplot af residualernes fordeling (Stubager & Sønderskov, 2011:36). Sidstnævnte er i afhandlingens analyser ligeledes undersøgt ved en analyse af stikprøvens fejllid, som udtryk for fordelingen af den samlede populations residualer. De er i afhandlingen gransket igennem et histogram over fordelingen af standardiserede residualer og via såkaldte Q-Q plots, som kan bruges til at vurdere en afvigelse fra den antagne normalfordeling (ibid, 2011:33-34).

Anvendelsen af lineær regression efter mindste kvadraters metoder hviler desuden på en række yderligere statistiske forudsætninger, som nødvendigvis må være opfyldt, om ikke andet til en vis grad, for at resultaterne er anvendelige (Stubager & Sønderskov, 2011, Helbæk, 2012). Ud over en vurdering af, at den analytiske model indeholder relevante uafhængige variable, må den afhængige variabel (fx sygdom) ikke øve indflydelse på den uafhængige variabel (indsatsen). En konsekvens af dette fænomen, der i litteraturen betegnes som *endogenitet*, vil være en bias af de senere koefficienter, som tolkes i analysen. Der er, som det også er tilfældet i denne afhandling, oftest tale om en teoretisk vurdering af denne risiko, snarere end en empirisk test. Yderligere forudsætninger for lineær regression består desuden af antagelsen om fraværet af ekstreme observationer (outliers) som kan påvirke estimeringen af modellen (Stubager & Sønderskov, 2011:20).

I tillæg til ovenstående forudsætter anvendelsen af lineær regression at der er fravær af stærk multikollinearitet i datasættet (Helby, 2012). Dette henviser til at to eller flere

---

<sup>29</sup>  $R^2$  angiver modellens "forklaringskraft", forstået som andelen af variansen af Y der kan forklares af modellen. Begrebet "forklaring" må dog ikke forveksles med en påvist kausal sammenhæng, idet  $R^2$  ikke angiver, at den ene variabel nødvendigvis er årsag til den anden (Field, 2012).

af de uafhængige variable ikke bør være stærkt forbundne med hinanden, fordi dette risikerer at medføre usikkerhed i koefficienternes evne til at agere bud på de såkaldte populationsparametre, og derved risikerer at medføre, at selv stærke effekter kommer til at fremstå insignifikante – en såkaldt type II-fejl (Stubager & Sønderskov, 2011:27). Der er i afhandlingen gjort anvendelse af funktionen *collinearity diagnostics* i SPSS for at kontrollere for denne antagelses rimelige opfyldelse. En sidste antagelse i analysen baserer sig på fraværet af stærk autokorrelation, en situation hvor datasættets observationer ikke er uafhængige af hinanden, eksempelvis fordi de påvirkes af samme bagvedliggende faktorer, eller fordi observationerne påvirker hinanden internt. Vurderingen af denne risiko vil oftest være baseret på teoretiske antagelser, og fordi stikprøven i det forhåndenværende datasæt baserer sig på tilnærmelsesvis tilfældig udvælgelse, er der som hovedregel ikke tale om en central problematik (ibid:31).

Visse udfordringer og begrænsninger kendetegner dog den præsenterede statistiske metode. Den multiple regressionsanalyse formår ideelt set at påpege sammenhænge mellem indsatser og resultater, men igennem udpegningen af relativt simple relationer mellem udvalgte variable, som ikke udtømmer mulighederne for at nuancere og efterprøve effekter. Andre tilgange, som eksempelvis propensity score matching (Søndergaard & Jacobsen, 2010), kunne have været anvendt som et alternativ til at isolere effekter af en indsats, ved at enkeltpersoner med ensartede karakteristika sammenholdes på tværs af indsatsgrupper for at måle forskelle på de individer, som har modtaget eller ikke modtaget en given indsats. I det hele taget ses i designet en begrænsning ved fraværet af en neutral kontrolgruppe, som har været uden indsats. Dette betyder en manglende mulighed i analysen for at etablere netop den kontrafaktiske situation, og derved kunne udtale sig om, hvad der ville være sket, hvis ingen intervention havde fundet sted (Vedung, 2009:217). I stedet lægges der i denne afhandling vægt på at studere effekter i form af *forskelle på indsatsgrupper*, ved at sammenholde effekterne for en gruppe som har modtaget én indsatsstype, med effekterne for en gruppe som har modtaget en anden indsatsstype. Dette giver mulighed for at sammenligne effekter på tværs af de studerede indsatser for sygemeldte.

De resterende dele af analysen er i lighed med forudsætningstest og deskriptive analyser gennemført i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics. Ud over de resultater, som fremlægges og diskuteres i kapitel 6 og 7, er en del af resultaterne præsenteret i afhandlingens andet artikelbidrag, der findes under Artikel II.

## 5.2.4 INTERVIEW OG FOKUSGRUPPER

I forbindelse med afhandlingen blev i vinteren 2015 til 2016 gennemført i alt 40 dybdegående enkeltperson- og fokusgruppeinterview. Formålet med interviewundersøgelsen var at efterprøve en række af de programteoretiske antagelser, som ikke lader sig besvare igennem effektanalyserne af registerdata. Med udgangspunkt i de formulerede programteorier for såvel fysioterapeutiske træningstilbud som virksomhedspraktikker, var det centralt for denne del af undersøgelsen at belyse, *hvorfor, hvordan og under hvilke omstændigheder* forskellige indsatsformer virker i praksis, med udgangspunkt i virkningerne, som de opfattes og vurderes af de involverede aktører. Det er med andre ord særligt antagelserne om mekanismerne samt de kontekstuelle forhold, denne del af empirien søger at efterprøve.

Olesen og Eskelinen (2009) argumenterer for, at frontlinjeaktørerne opnår en særlig viden om indhold og hverdagspraksis og derved besidder særlig viden om effekter af en indsats og dens konsekvenser (Olesen og Eskelinen, 2009:47). Forfatterne henviser i deres studie til realistisk evalueringens forståelse af generative mekanismer som bindeleddet imellem en indsats og dens konsekvenser. Blom & Morén (2003; 2007) påpeger, at fordi mekanismerne i en indsats i høj grad er af kommunikativ art og udspilles i relationerne mellem de involverede aktører, er det de kvalitative udsagn fra disse aktører, der kan give adgang til viden om dem. Fordi forskellige borgere deltager i indsatser undervejs i hvert deres unikke sygdomsforløb med forskellige forudsætninger, er det også forskelligt hvilke indsatser, der fører til hvilke resultater. Interviewene skal belyse de respektive kontekster og komplekse sammenhænge med muligheder og barrierer, samt kæder af sammenhænge i form af processer, mekanismer og relationer, der leder frem til resultaterne af indsatserne.

Interviewpersonerne bestod af jobcentersagsbehandlere, ledere, fysioterapeuter, virksomhedskonsulenter og borgere i tre udvalgte kommunale jobcentre. Hver kommune blev besøgt af fire omgange over en periode på 6 måneder. Interviewene havde en varighed på mellem 31 minutter, som det korteste, og 2 timer og 45 minutter, som det længste. Under bilag 1 findes en samlet oversigt over al interviewmateriale, som indgår i afhandlingens analyser. Interviewene omfattede i alt 36 jobcentermedarbejdere og -ledere, 20 ledere og medarbejdere hos Quick Care, samt 14 borgere.

Ofte diskuteres forskellige tilgange til interviews i relation til interviewenes struktureringsgrad (Kvale & Brinkmann, 2009). Afhængigt af undersøgelsens epistemologiske position underbygges herefter valget af den ene eller anden struktureringsgrad og form (Pawson & Tilley, 1997: 153) på en skala fra en tilnærmelsesvis ustruktureret samtaleform, over i næsten survey-lignende tilgange med prædefinerede svarkategorier. Hvor en strengere struktureret samtaleform egner sig til eksempelvis evalueringer, der ønsker at sammenholde specifikke outcomes, vurderes en mere løst struktureret tilgang fordelagtig, når omdrejningspunktet i højere grad er processen bag indsatserne (Pawson & Tilley, 1997: 153). Et pragmatisk forslag fra Pawson & Tilley (1997) går på at styre uden om en paradigmatisk opdeling af interviewets strukturering, og i stedet fokusere på efterprøvningen af de programteoretiske antagelser, uagtet om dette kræver det ene eller andet fokus. Det afgørende punkt bliver i stedet, at man arbejder teoridrevet snarere end empirisk drevet, hvorfor det er understøttelse, falsificering eller forklaring af teorien, som er interviewets centrale tema. Derfor anvendes til enhver tid den struktureringsgrad, som bedst tilbyder viden herom (Pawson & Tilley, 1997: 155). Dette giver interviewereren en ny opgave undervejs i interviewet og i praksis betød dette at interviewenes struktur blev formuleret ud fra programteoriene. Dele af spørgsmålene var således relativt fast strukturerede, mens andre temaer blev dækket mere løst afhængigt af indhold og udfald af hvert enkelt interview. I tråd med afhandlingens konstruktivistiske afsæt og dets anerkendelse af subjekternes betydning for forståelsen af virkninger, læner interviewene sig reelt og samlet set op ad det, der kan betegnes som semi-strukturerede i deres form (Kvale & Brinkmann, 2009) - også selvom de forskellige dele af hvert interview undertiden indtog andre former.

For di der netop i interviewene søges viden om virkninger, mekanismer og kontekstuelle faktorer s betydning, tillægges interviewene en ekstra dimension, som adskiller sig en smule fra den vanlige adressering af interviewpersonernes mening, erfaringer og holdninger. Særlig vægt lægges nemlig på at spørge meget direkte og uddybende ind til vurderinger af, hvad der virker, hvorfor og hvornår noget virker, samt hvordan informanterne oplever, at det virker (Dahler-Larsen, 2013). Der er i interviewene fokus på at spørge meget direkte ind til aktørernes erfaringer med indholdet i de *midterste kasser* i de logiske programteoretiske modeller fra kapitel 4. Det er viden om, hvorfor de formulerede aktiviteter for målgruppen fører (eller ikke fører) til de forventede resultater. Olesen og Eskelinen (2009:48) foreslår en tilgang til interviews med borgere i beskæftigelsesindsatser, hvor man orienterer sig imod det, de kalder for *korte narrativer om arbejdsidentitet*, når man ønsker kvalitativt at afdække

virkningerne af en intervention. Kort beskrevet handler dette om at lytte til borgerens viden om indsatsens konsekvenser. Således opfatte borgeren som et subjekt i egne fortællinger, som gennem sine narrativer giver os adgang til en kvalitativ viden om effekterne af en indsats. Dette har betydning for interviewteknikken. Et konkret eksempel på dette er, når en jobcentersagsbehandler interviewes om vedkommendes møde med en ny sygemeldt borger forud for beslutningen om visitation. I denne situation vægtes det at spørge ind til erfaringer i form af, hvad sagsbehandleren helt konkret foretager sig i situationen, hvad der er vigtigt i hendes møde med borgeren, og hvorfor hun mener, at det er vigtigt, at hun gør, som hun beskriver. Formålet med denne tilgang er at hjælpe respondenterne med at koble det, som gøres, til forklaringen af, hvorfor det gøres. Spørgeteknikken anvendes i et forsøg på at indkredse de centrale mekanismer og respondenternes viden og erfaringer med netop disse mekanismer og deres kontekst. Når man har til hensigt at frembringe viden om netop mekanismer, kan et muligt greb bestå i at spørge ind til konsekvenserne af de forklaringer, som informanten frembringer. Når en sagsbehandler således forklarer sine handlinger med en henvisning til en vejledning på området, spørges der ind til, hvorfor vejledningen er beskrevet, som den er, hvorfor den har det indhold, den har, og hvilket formål den skal opfylde.

Efter gennemførelsen af interview og fokusgrupper påbegyndes bearbejdningen af materialet og forberedelserne til den forestående analyse. Med inspiration hentet hos Steensig (2015)<sup>30</sup> beskrives i det følgende de principper, som har struktureret analysearbejdet af det kvalitative materiale. Trinene strækker sig fra den indledningsvise udskrift af de optagne lydfile, over den begyndende proces med observationer i datamaterialet og nedslag i de eksempler fra data, som senere skal udgøre analysens eksempler i form af udvalgte citater fra interviewpersonerne. En revidering af disse eksempler fra dataudskrifterne og en begyndende opbygning af analysens argumentation, afsluttes derefter med overvejelser omkring implikationer og mulighederne for at foretage generaliseringer (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Denne fremgangsmåde er uddybet i det følgende.

Alle interviews er først og fremmest udskrevet i umiddelbar forlængelse af optagelsen og er derefter organiseret gennem en omfattende kodning. I denne afhandling er

---

<sup>30</sup> Steensig (2015) skriver om gennemførelsen af såkaldt *konversationsanalyse*. Selvom det ikke er en sådan tilgang denne afhandling anvender, er der hentet inspiration i de strukturerende principper for analyse af kvalitativt interviewmateriale.



anvendt softwareprogrammet Nvivo10, omend der findes adskillige andre forskellige programmer til at assistere datadrevne kvalitative analyser (Mason, 2002:151). Transskriberingerne har udeladt fonetiske markører med mindre disse er vurderet afgørende for forståelsen af et udsagn, ligesom der ikke er inkluderet anmærkninger om gestikulation eller andre non-verbale udtryksformer.

Derpå er påbegyndt en proces med at foretage indledningsvise observationer i data, ved at granske transskriptionerne nøje (Brinkmann & Tanggaard, 2015:341). Udskrifterne er gennemgået og opsplittet i mindre, kategoriserende enheder, under tematiske overskrifter. Denne kodningspraksis kan betegnes som en organisatorisk kodning, der tager udgangspunkt i temaer og interessepunkter fra programteorien. Der er tale om en teoridreven kodning af materialet, som sorterer samtaler og udsagn ud i mindre grupperinger af forventet interesse (Maxwell, 2012:111) og danner overblik over data ud fra løbende afvejninger af, hvilke dele af data der potentielt kan hjælpe med en besvarelse af undersøgelsens spørgsmål. Således bliver der i denne kodning af data lagt vægt på at markere udsagn og samtalefragmenter, som beskæftiger sig med de temaer og spørgsmål, som programteorien indeholder. Formålet er samlet set, at blive i stand til at kvalificere de antagelser, som ligger i programteorien, ved at lade dem efterprøve i det empiriske interviewmateriale. I denne kodningsrunde lægges desuden vægt på at identificere udsagn og argumentationer, i relation til de i teori afsnittet udpegede temaer for undersøgelsen, herunder relationen mellem sygdom og arbejde, sygdom i krydsfeltet mellem det biomedicinske og sociale, copingstrategier, forhandling og mestring, forståelsen af ret og pligt og indsatsernes organisering og forudsætninger.

Efter denne første organiserende og tilnærmelsesvis deduktive kodning gennemgås materialet på ny i en mere substantiv og induktiv kodning (Ibid:112). Formålet med dette trin i processen har været at påbegynde udvælgelsen af eksempler fra data, som skal indfange svar på forskningsspørgsmålene (Brinkmann & Tanggaard, 2015:142). I denne del af analysearbejdet gives i højere grad plads til informanternes egne udsagn, og tilgangen er mere åben og empirinær. Der lægges vægt på at kode de erfaringer, der er dominerende i forhold til målgruppen, beskrivelser af centrale aktiviteter og forklaringer på disse aktiviteter virkninger og begrundelser. Ligeledes arbejdes der med at identificere de steder i datamaterialet, hvor aktørerne udpeger forskellige mål og resultater af indsatserne og beskriver de omkringliggende strukturer og kontekstuelle rammers betydning. Denne gennemgang af data forventes at kunne give blik for, om der er interessante oversete aspekter af data, om der er særlige

kontekstuelle forhold, som bør inddrages, eller hvor der opstår modstridende informationer. Data opdeles forsøgsvis også på faggrupper og borgergrupper, for at spore eventuelle forskelle og mønstre i erfaringer og perspektiver. Interviewmaterialet får gennem kodningen en anden struktur end de oprindelige udskrifter, når det opsplittes efter tematik og interessepunkter. Der er med andre ord tale om en manipulation af den oprindelige form, en dekontekstualisering og rekontekstualisering, som naturligt har betydning for den endelige analyse (Tesch, 1990). Resultatet af kodningsarbejdet munder ud i en samlet kodningsstruktur, der findes under afhandlingens bilag 2.

Arbejdet resulterede i opbygningen af en *eksempelsamling* fra de gentagne granskninger af det udskrevne materiale, som taler ind i en besvarelse af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål. Det har været hensigten at etablere grundlaget for en argumentationsopbygning i analysen, ved at gruppere udsagn omkring centrale fænomener og derefter granske, hvilke specifikke enkeltcitater der i særdeleshed egner sig til at blive præsenteret i analysen, som udtryk for de forskellige pointer og fænomener, som respondenterne fremhæver som betydningsfulde. Således søger analysen at opbygge en argumentationslinje, som veksler imellem konkrete empiriske eksempler fra interviewudskrifterne og evaluators argumenter og sammenfatninger af deres betydning (Brinkmann & Tanggaard, 2015:142).

## 5.3 OPSUMMERING

Anvendelsen af *mixed method research* bliver første gang begrebsliggjort af Campbell & Fiske (1959), selvom brugen går længere tilbage, og selvom de fleste studier i praksis kombinerer flere metoder uden nødvendigvis at bekende sig til mixed method-design (Burgess, 1927:370-373). Forfattere har igennem tiden kritiseret forskellige former for metodeforrang, med en understregning af at forskning til enhver tid må lade det være problemstillingen, der dikterer metoden. *Die Arbeitslosen von Marienthal* fra 1933 er flere steder anerkendt som et af de første eksempler på et udtalt trianguleringsdesign, med kombinationen af kvantitative optællinger og fortolkende analyser af observationer (Lazarsfeld, 1972). En del af udfordringen ved at tænke tværmotodisk er ifølge Greene (2006) vores forståelser, prædispositioner og værdier, som ofte er forankret i teoretisk viden, videnskabsteoretisk udgangspunkt, metodiske kompetencer og kontekstuelle faktorer. Ved brugen af flere metoder må vi gå på tværs af flere af disse mentale modeller og arbejde med de implikationer for

videnskabsteorien eller kausalitetsforståelsen, som vores design medfører. Det er disse overvejelser, som blev klarlagt i afsnit 3.3.1.

Nærværende kapitel har gennemgået de forskellige metoder, der er lagt til grund for afhandlingens dataindsamling. Det er blevet beskrevet, hvordan kombinationen af litteraturstudie, spørgeskemaundersøgelse, regressioner på registerdata og gennemførelsen af enkeltinterview og fokusgrupper, tilsammen skal besvare afhandlingens hovedspørgsmål. Det følgende afsnit præsenteres afhandlingens analyser, ved indledningsvis at formulere analysestrategien og begrunde analysens struktur og opdeling i tre forskellige analysetemaer.



## KAPITEL 6: ANALYSE OG DISKUSSION

*”Det evige problem inden for beskæftigelsesområdet, det er jo, at det er afsindigt svært at måle på, hvad der er effektivt [...] Så kan vi måske få en indikation af, at den indsats har virket, men det kan være alle mulige andre parametre der spiller ind på det. Så man kan ikke sige, at det 100 % er indsatsens skyld.”*

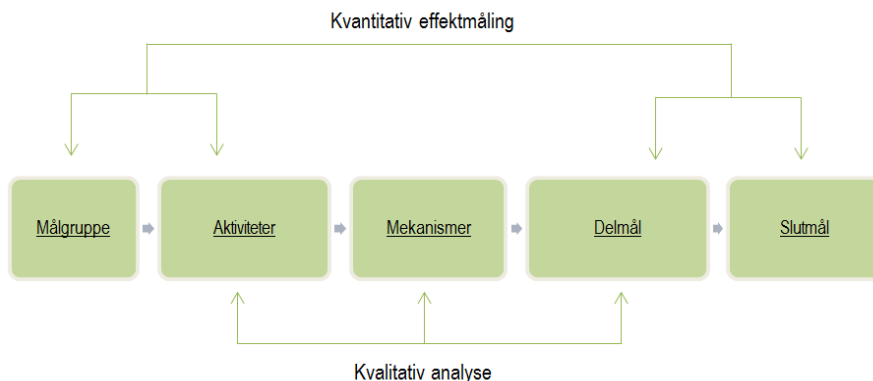
*Leder i sygedagpengeteam, Helsingør*

### 6.1 ANALYSESTRATEGI

Som redegjort for i kapitel 1, har denne afhandling til formål at undersøge, hvordan udvalgte beskæftigelsesrettede indsatser virker over for den definerede målgruppe, samt hvordan man kan forklare og forstå indsatsernes virkninger, i lyset af de kontekstuelle omstændigheder, der betinger deres opståen. Nærværende kapitel sigter mod at gøre netop dette, ved at strukturere en systematisk analyse af det indsamlede datamateriale i tre temaer, som sigter mod at besvare hver deres del af afhandlingens forskningsspørgsmål. Dette afsnit har til formål at eksplicite analysens anvendelsen af både det empiriske materiale og den teoretiske ramme fra afhandlingens foregående kapitler.

Hver af de kommende tre analysetemaer trækker på én eller flere af de datakilder, som blev fremlagt under kapitel 5. Kapitlet redegjorde for såvel de kvantitative som de kvalitative metodiske greb, som afhandlingen har betjent sig af i forsøget på at efterprøve antagelserne fra de formulerede programteorier. Den følgende figur illustrerer derfor, hvordan disse to overordnede dataformer er blevet anvendt til efterprøvning af forskellige dele af netop programteorierne.

Figur 6.1: Illustration af analysestrategi



Af ovenstående figur fremgår, hvordan det fortrinsvis er det kvantitative data fra afhandlingens effektmåling, som er grundlaget for besvarelsen af de effektrelaterede spørgsmål om, hvordan udvalgte beskæftigelsesrettede indsatser virker over for definerede undergrupper af sygedagpengemodtagere. Altså er det denne del af data, som anvendes til at belyse forholdet mellem målgruppen, indsats-aktivitet og det resultat, aktiviteterne munder ud i.

Den anden del af data, den kvalitative, udgør fundamentet for de processuelle analyser, som efterprøver virksomme mekanismer og belyser, hvordan vi kan forklare eventuelle virkninger af indsatserne, og hvilke omstændigheder og betingelser er afgørende for, at de opstår. Her afsøges således forholdet mellem aktiviteterne, deres virksomme mekanismer og så de resultater, som disse forventes at lede til. Med andre ord er det denne del af empirien, som beskæftiger sig med at åbne op for den "sorte boks", som vi ofte efterlades med ved rene effektstudier, jævnfør kritikken i afhandlingens afsnit 3.3.

Ved hvert af de følgende analyseafsnit vil det være angivet, hvilke præcise metoder for dataindsamling, som lægges til grund det respektive analysetema. Det vil dertil blive ekspliciteret i begyndelsen af hvert afsnit, hvilken viden afsnittet har til formål at frembringe og hvilken specifik del af programteorien, som efterprøves. Dette skal skabe klarhed over, hvilke informationskilder som ligger til grund for diskussionerne under hvert enkelt analysetema, samt hvilken del af afhandlingens forskningsspørgsmål, som bliver besvaret.

Afhandlingens teoretiske ramme blev præsenteret kapitel 2. I det følgende præciseres det, hvordan disse teoretiske elementer indgår i den forestående analyse. Ud over anvendelsen af programteorien til efterprøvning af dennes centrale antagelser, sker nemlig en yderligere teoretisk inddragelse ved hjælp af de teorier og begreber, som blev redegjort for i teorikapitlet. De teoretiske begreber i afhandlingens analyse, er inddraget et med fortolkende, forklarende og perspektiverende sigte. Formålet er kunne udfolde de empiriske fund og vurdere deres betydning.

Under det første analysetema (A), som handler om en kortlægning af sygedagpengeindsatsen og en belysning af de antagelser, som ligger til grund for oprettelsen af aktive tilbud og visitationen af borgere hertil, inddrages teoretiske perspektiver fra Lipsky (1980) og Jacobi (2013), for at skabe en indledningsvis forståelse af frontlinjens forudsætninger og handlemæssige råderum i landets sygedagpengeafdelinger, baseret på en kortlægning af de organisatoriske rammer for indsatserne, af indsatstypernes anvendelse og udbredelse, samt af de dominerende faglige antagelser blandt det fagprofessionelle og deres ledelse. Analysetema A har til formål at danne grundlag for afhandlingens besvarelse af forskningsspørgsmålet, ved at kortlægge indsatsernes anvendelse og udbredelse, og indledningsvis opridse de fagprofessionelles antagelser om indsatsernes virkning. Der pågår således ikke her en direkte empiriske test af programteoriens antagelser, selvom der sigtes mod at skabe viden om målgruppen og dels vilkår, samt rammer og centrale antagelser bag indsatserne.

I det andet analysetema (B) rettes fokus mod at belyse, hvordan to udvalgte indsatstyper virker over for målgruppen af sygedagpengemodtagere, i form af både kortsigtede og langsigtede mål for indsatserne, samt i forhold til om forskellige dele af målgruppen har forskelligt udbytte af indsatsernes. I denne del af analysen efterprøves således de programteoretiske antagelser omkring sammenhængene mellem indsatsaktiviteter og resultater. Teoretiske trækker dette analysetema hovedsageligt på tidligere resultater af lignende indsatser (Bredgaard et al. 2011; Amlani & Muni, 2014; DAMVAD, 2015; KMD, 2017), som bruges til at underbygge og perspektivere især de kvantitative effektrelaterede fund i analysen. I temæet diskuteres desuden de mangefacetterede aspekter af et individs helbredstilstand, som tidligere er udpeget i kraft af ICF-modellens klassifikationer (WHO, 2001). Analysetema B har til formål at besvare den første del af afhandlingens forskningsspørgsmål, som handler om at belyse, hvordan udvalgte beskæftigelsesrettede indsatser virker over for definerede undergrupper af sygedagpengemodtagere.

Ved det afsluttende analysetema (C) behandles de underliggende mekanismer, som får indsatsernes til at virke, samt de omstændigheder, som øver indflydelse på mekanismer og virkning. Således efterprøves i dette afsnit de dele af programteorien som omhandler indsatsernes centrale underliggende mekanismer og afgørende kontekstuelle omstændigheder. I denne forbindelse inddrages teoretiske overvejelser om sagsbehandlerpositioner og klientstrategier (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009; Jacobi, 2013; Skals, 2016), samt teoretiske perspektiver på borgernes forudsætninger (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009; Jacobi, 2013, Danneris, 2016). Dette skal udfolde betydningen af individuelle faktorer på indsatsernes virkning og sættes i forhold til teoretiske perspektiver på de systembetingende faktorer (Bredgaard & Larsen, 2005; DSI, 2010; Johansen et al., 2011; Deloitte, 2016; Frahm & Amdrup, 2016). Sidstnævnte har til formål at belyse betydningen af en række organisatoriske vilkår, målsætninger, lovgivningsbestemmelser og samarbejdsformer, alt sammen i henhold til at belyse disses indvirken de udpegede indsats. Analysetema C har til formål at besvare den sidste del af afhandlingens forskningsspørgsmål, som handler om hvordan vi kan forklare eventuelle virkninger af indsatserne, og hvilke omstændigheder og betingelser er afgørende for, at de opstår.

Igennem alle analysens tre temaer, bliver de teoretiske begreber trukket ind i analysen, for at åbne op for en forståelse og udbredelse af de empiriske fund, og således bidrage med en nuancering og videreudvikling af de udsagn og tendenser, som rummes i data. Som beskrevet tidligere i dette afsnit, indledes hvert analysetema med en redegørelse for, hvilken del af afhandlingens forskningsspørgsmål, temaet har til formål at besvare, samt hvilke datakilder som ligger til grund for denne besvarelse.

## **6.2 ANALYSETEMA A: KORTLÆGNING OG ANTAGELSER**

Dette første analysetema handler om kommunernes tilbudsvifte til sygemeldte borgere, om grundlaget for frontlinjemedarbejdernes beslutninger om visitation af borgere til forskellige aktive tilbud, samt om jobcentrenes viden om, hvad der virker. Temaet belyses ved hjælp af data fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som blev gennemført i 2014 og suppleres desuden med viden fra enkelt- og fokusgruppeinterviewene med jobcentermedarbejdere og ledelse

Formålet med dette første analysetema er, at skabe fundamentet for den videre analyses besvarelse af forskningsspørgsmålene, igennem viden om indsatsernes



organisering, udbredelse, vilkår og udøvelse. En kortlægning af sygedagpengeområdet bidrager blandt andet til viden om indsattypernes udbredelse og til en begyndende forståelse af de kontekstuelle rammer for de to indsats, som senere udvælges og analyseres både kvantitativt og kvalitativt. Undervejs i afsnittet vil der blive trukket på teoretiske begreber og betragtninger, som anvendes til at anskueliggøre udvalgte dele af spørgeskemadata og interviewmateriale. Særligt vægtes teoretiske begreber om henholdsvis heterodoks og ortodoks sagsbehandlerpraksis (Jacobi, 2013) og forståelsen af forskellige kontekstuelle påvirkninger af sagsbehandlerens arbejde og skønsudøvelse (Lipsky, 1980).

## 6.2.1 TILBUDSVIFTE OG VISITATIONSGRUNDLAG

Dette afsnit analyserer de forskellige typer tilbud, som kommunale jobcentre kan anvende i den rehabiliterende beskæftigelsesrettede indsats. Denne såkaldte tilbudsvifte henviser til kommunernes samlede udbud af aktive tilbud til sygemeldte borgere. Et aktivt tilbud er her bredt defineret som tilbud, der gives efter lov om aktiv beskæftigelse, med henblik på at fremme arbejdsfastholdelse og en hurtig tilbagevenden til arbejdet.<sup>31</sup>

Formålet er at belyse, hvilke redskaber kommunerne betjener sig af i arbejdet med sygemeldte borgere, samt hvilke faglige antagelser og kontekstuelle rammer, som ligger til grund for både udvælgelsen af tilbud og visitationen af sygemeldte borgere til samme. Spørgeskemaundersøgelsen fokuserede blandt andet på jobcentrenes organisering af arbejdet med sygedagpengesager, herunder opdelingen af medarbejderne i forskellige teamstrukturer og bestemmelsen af sagsfordeling. En række spørgsmål knyttede sig desuden til medarbejdere og lederes vurdering af arbejdsbelastning, samt sagsstammernes omfang, med det formål at belyse vilkårene for sagsarbejdet og håndteringen af hver enkelt borgers sag. Desuden blev det undersøgt, hvornår og hvor tidligt jobcentre får kontakt med en sygemeldt borger og kan iværksætte indsatserne, i lyset af de tidligere omtalte lovgivningsmæssige antagelser omkring vigtigheden af tidlige indsatser (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Formålet var at sikre viden omkring vilkårene for netop den tidligt igangsatte

---

<sup>31</sup> Jf. sygedagpengelovens § 15 og Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats § 22, stk. 6.

indsats for borgerne og belyse de forskellige organisatoriske rammer, som indsatserne udspiller sig under.

I spørgeskemaet angav i alt 33 kommuner at have fem eller færre forskellige tilbudstyper til sygemeldte borgere, mens nogle af de største kommuner rapporterede en tilbudsvifte, med mere end 20 forskellige tilbudstyper.<sup>32</sup> Nogle kommuner angav, at antallet af tilbud svinger efter behovet i den pågældende periode, mens andre igen angav at det principielt var muligt at indhente et hvilket som helst tilbud til hver enkelt borger, også uden for kommunegrænsen, hvorfor antallet af tilbud i realiteten er ubegrænset. Flere jobcentre bemærkede, at der inden for hvert enkelt tilbud findes variationsmuligheder i sammensætningen og udformningen af hver tilbudstype. Besvarelsene fra spørgeskemaet belyser således forskellige organisatoriske rammebetingelser for udmøntningen af indsatserne for sygemeldte, som påvirker de tilbud, en borger kan tilbydes og derved også kan siges at influere på sygedagpengesagsbehandlingens råderum. Kommunens størrelse viste sig igennem besvarelsene at have stor indflydelse på mangfoldigheden af tilgængelige tilbud, ligesom størrelsen havde betydningen for jobcenterets organisering og specialiseringsgrad i den enhed, der håndterer sygedagpengesagerne. Der tegnes således et billede af forskellige vilkår for indsatsernes konkrete udmøntning ude i kommunerne, som kan have en betydning for måden, hvorpå eventuelle senere fund i analysen vil kunne bringes i anvendelse i praksis i forskellige kommuner med forskellige vilkår.

Når de konkrete tilbud i jobcentrene vurderes nærmere, ses en tendens til, at godt halvdelen af alle tilbud i jobcentrene inkluderer fysisk træning som hovedelement, gerne i kombination med andre sundhedstiltag som eksempelvis kostvejledning. Hertil kommer en række indsatser, omkring en fjerdedel, som virksomhedsbaseres og fokuserer på konkret tilbagevenden til job, igennem eksempelvis praktik eller brug af delvise raskmeldinger på borgerens arbejdsplads. Således synes en stor del af tilbudsviften på landsplan at korrespondere med de antagelser om vigtigheden af virksomhedsrettede indsatser, som findes på lovgivningsniveau, samt med nogle af de forskningsmæssige resultater, som indikerer fordele af at inddrage fysisk aktivitet i rehabiliterende beskæftigelsesindsatser (Sieling-Bredgaard, 2015). Når

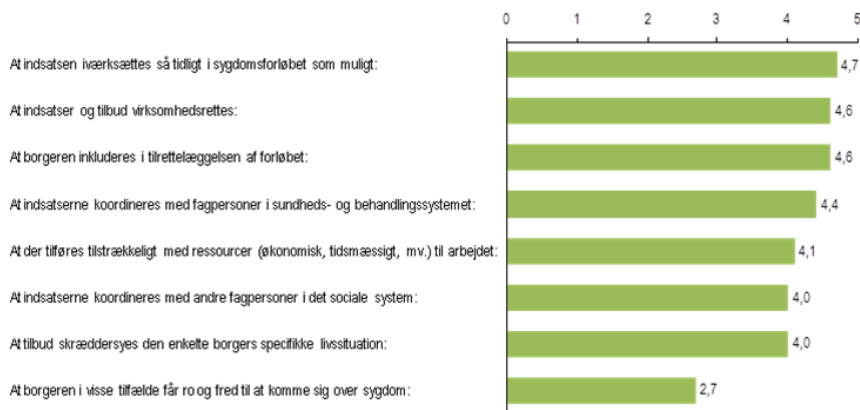
---

<sup>32</sup> Der er spurgt til tilbud som anvises under Lov om aktiv beskæftigelsespolitik. Et tilbud forstås som en afgrænset indsats, og eksempler herpå er eksempelvis virksomhedspraktik, træning, kostvejledning, jobsøgningskurser, delvise raskmeldinger, løntilskud, mv.

sygedagpengelederne adspørges, hvilke elementer de forskellige tilbud indeholder, angives det, at langt størstedelen af tilbuddene, godt to tredjedele, fokuserer på at genoptræne arbejdsrelaterede kompetencer, enten praktisk, fysisk eller mentalt. Det angives også, at flere af kommunernes tilbud rummer flere forskellige elementer på samme tid, og således fokuserer på eksempelvis både mentalt helbred og fysisk træning, hvilket i hvert fald indledningsvis skaber et billede af, at jobcentrene anerkender vigtighed af flere aspekter af individets sundhedstilstand, i lighed med de i ICF-modellen identificerede (WHO, 2001). Til sidst udgør en stor del af tilbuddene, lidt under en fjerdedel, forskellige former for samtaleforløb hos enten jobcenterets eget personale, eller hos andre fagprofessioner, eksempelvis psykologer.

En række spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen belyste endvidere, hvilke grundlæggende præmisser jobcentrene vurderer som de allervigtigste for deres arbejde med sygemeldte borgere. Det drejer sig med andre ord om, hvilke forskellige forhold der af de professionelle vurderes som de væsentligste for at hjælpe borgerne tilbage til raskmelding og/eller arbejde. Respondenterne blev bedt om at prioritere en liste over forskellige faktorer, som efter deres vurdering øver indflydelse på indsatsens virkning. De anvendte faktorer i figuren nedenfor, er operationaliseringen af de programteoretiske antagelser om forskellige centrale mekanismer og kontekstuelle moderatorer, af forventet betydning for indsatsernes virkning. Disse antagelser er resultatet af det tidligere programteoretiske arbejde, hvor centrale mekanismer i indsatserne blev identificeret i samarbejde med Quick Care, og nu efterprøves i landets sygedagpengeenheder igennem spørgeskemaet. Besvarelsen skulle angives på en skala fra 1-5, rangerende fra slet ikke afgørende til meget afgørende. Den nedenstående graf aflæses således, at jo højere en angivet gennemsnitsværdi, jo mere afgørende blev den pågældende faktor vurderet at være. Svarene er angivet på spørgsmålet: *Hvor afgørende vurderer du at følgende faktorer er, i forhold til at hjælpe borgere i kategori 2 tilbage til raskmelding eller beskæftigelse?*

Figur 6.2: Svarfordeling fra lederskema, på spørgsmål om grundantagelser bag indsatsen:



Figuren ovenfor illustrerer svarfordelingen blandt lederne i sygedagpengeenhederne, og havde en svarprocent på 76%. Som det aflæses, angives det, at en tidlig indsats opfattes som det mest afgørende element for virksomme tilbud. Herefter angives henholdsvis virksomhedsrettede indsatser og inklusionen af borgerne i egne sagsforløb som de mest afgørende faktorer. Denne svarfordeling understøttes af svarene afgivet på sagsbehandler niveau i det parallelle skema målrettet denne respondentgruppe. Sammenfaldet mellem besvarelserne gør sig gældende i den anden ende af skalaen. Både medarbejdere og ledere angiver her, at ro og fred er den mindst afgørende faktor i arbejdet med sygemeldte borgere i kategori 2. Således peger analysen på en høj grad af sammenfald mellem antagelser hos ledere og medarbejdere i sygedagpengeenhederne, og så de antagelser og kravene om en aktiv virksomhedsrettet linje, som er identificeret i lovgivningen. Antagelserne på henholdsvis medarbejder- og lederniveau, stemmer med andre ord overens med de antagelser, som også præsenteres i lovgivningen (Bredgaard & Sieling-Monas 2015). Der ses således en klar sammenhæng mellem den lovgivningsbaserede programteori, som præsenteres i afhandlingens Artikel I, de programteoretiske antagelser som Quick Care opstiller for deres specifikke indsatser, og så de antagelser, som ledere og medarbejdere i jobcentrene angiver at de i praksis arbejder efter.

I forbindelse med kortlægningen af tilbudsviften blev det undersøgt, hvilke faktorer som er betydningsfulde, når jobcentrene tager stilling til, hvilke tilbud der oprettes eller indkøbes til målgruppen. I den følgende figur er sygedagpengeledernes svar igen angivet på en skala fra 1-5, rangerende fra slet ikke betydningsfuldt til meget

betydningsfuldt, og med en svarprocent på 76 %. Jo højere den angivne værdi ud for en given faktor, jo større betydning tillægges den af sygedagpengelederne i forbindelse med beslutninger om oprettelsen af tilbud i det pågældende jobcenter.

Svarene er angivet af lederne i de pågældende sygedagpengeteams, på spørgsmålet: *I hvilken grad er følgende faktorer betydningsfulde, når jobcenteret tager stilling til, hvilke tilbud der er behov for at oprette eller indkøbe til målgruppen?*

Figur 6.3: Svarfordeling fra lederskema, på spørgsmål om tilbudsoprettelser og indkøb:



Det aflæses af ovenstående, at det ifølge lederne suverænt er borgernes behov, som bestemmer retningen for, hvilke tilbudstyper som indkøbes. Figuren bekræfter udsagn fra sagsbehandlerens besvarelser, om at borgernes behov tillægges væsentlig betydning i både oprettelsen af tilbud og i visitationsovervejelserne. Det konkretiseres dog ikke nærmere, på hvilken måde jobcentrene indsamler informationer om netop borgernes behov, eller om disse vurderes igennem borgernes egne udsagn, eller igennem sagsbehandlerens vurderinger af samme. Således skaber ovenstående data nysgerrighed omkring, hvordan borgernes behov reelt forankres i udformningen af tilbud og hvordan eventuelle uoverensstemmelser i vurderingen af behov måtte blive håndteret.

Figuren viser endvidere, at medarbejdernes ønsker til tilbudsviften inddrages i beslutningen, mens faktorer såsom økonomiske og ressourcemæssige hensyn umiddelbart vurderes mindre afgørende. Dette er interessant i relationen til

kommunernes øgede mulighed for, at udbyde opgaver på beskæftigelsesområdet til andre aktører, i lyset af reformen fra 2009 og en generelt øget decentralisering på det økonomiske, beslutningsmæssige og handlingsmæssige plan i kommunerne og en generel *markedsføring* af offentlige opgaver (Greve & Ejersbo; 2002). Det ville forventeligt medføre krav til netop kommunernes evner til at indhente, vurdere og sammenligne priser på forskellige typer af tilbud. Igennem interviewrækken med ledelsesniveauet i de tre jobcentre blev det dog nuanceret, at det først og fremmest opfattes som jobcenterets opgave at dække efterspørgselsbehovet alt efter målgruppens behov, hvorefter økonomiske hensyn vejer tungt i beslutningen om præcist hvilket tilbud hos hvilken udbyder der indkøbes. Således ses altså i de mundtlige interviewudsagn en vægtning af kommunernes såkaldte serviceforpligtelse (Bundesen & Hansen, 2016). Der gives dog også udtryk for, at denne beslutning nogle gange kan være præget af mere tilfældige eller relationelle bevæggrunde, eksempelvis når kontrakterne skal genforhandles. Jobcentrene giver udtryk for, at det er kompliceret at bestemme og gennemskue den præcise pris pr. borger i hvert enkelt tilbud. I relation hertil påpeger en kortlægning fra KORA (2017) generelt store vanskeligheder i kommunernes forudsætning for reel prissammenligning på tilbud på socialområdet. Dette dels grundet manglende indberetning og dårlig datakvalitet, som ikke giver et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, hvor meget kommunerne betaler for det enkelte tilbud. Analysen tyder på, at disse erfaringer i nogen kan overføres til sygedagpengeområdet.

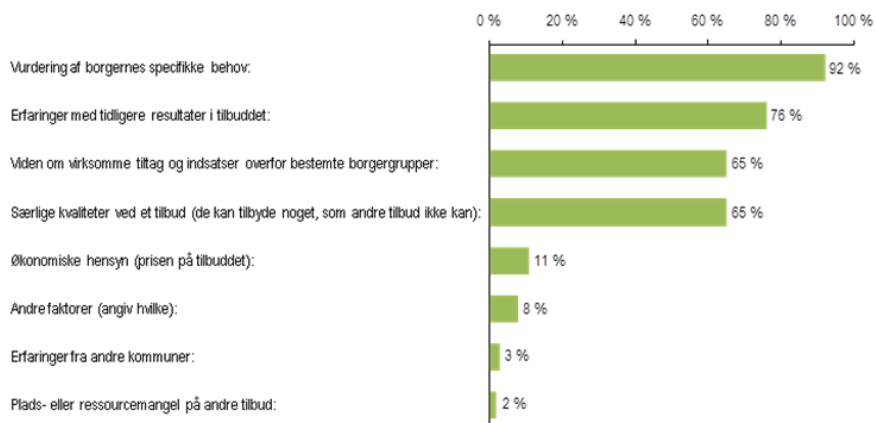
Ligeledes ses det, at erfaringer fra andre kommuner ikke indgår som det væsentligste, når nye tilbud oprettes og indkøbes, eller gamle nedlægges. Jobcentrene angiver således ikke at trække systematisk på viden og erfaringer fra omkringliggende kommuner. Dette er bemærkelsesværdigt i lyset af de fordele, som kommunerne ellers forventeligt kunne drage af at undersøge og anvende erfaringer på tværs, særligt mellem kommuner med lignende demografiske og rammemæssige betingelser. Lignende resultater er fundet hos Larsen et al. (2001). Den begrænsede udveksling af erfaringer kan i praksis betyde, at hver kommune nødsages til at (gen)opfinde lignende løsninger på samme problemstillinger. Interviewene supplerede dog denne forståelse, idet et enkelt af de tre jobcentre angav at sidde med i en tværkommunal gruppe med nabokommunerne. Denne formalisering af samarbejdet mellem kommunerne, bestod primært i mundtlige erfaringsudvekslinger, snarere end databaseret resultatudveksling, men man brugte også løbende tid på at diskutere relevante forskningsresultater. Dette skabte et rum for eksempelvis at diskutere erfaringerne

med brugen af forskellige aktiviteter og tilbudstyper, både internt i kommunerne og fra eksterne udbydere.

Som det blev fremført i kapitel 2, findes der flere steder i forskningen undersøgelser af sagsbehandlerne rolle i implementering af velfærdspolitik. Det fremføres her, hvordan sagsbehandlerne trods regelstrukturer, lovgivning og interne retningslinjer, besidder et vist skønsomt råderrum, som øver indflydelse på den konkrete udmøntning af en given politik (Lipsky, 1980; May & Winter, 2007, Winter & Nielsen, 2008). I praksis findes således en række forskellige årsager til at problematisere antagelserne bag idealforestillingen om den parlamentariske styringskæde (Bundesen & Hansen, 2016:26), som ellers foreskriver hvorledes lovgivning formuleres på politisk niveau og derefter uforstyrret bevæger sig igennem et forvaltende led, for til sidst at blive implementeret som tiltænkt i mødet med borgerne.

I undersøgelsen af de bevæggrunde, som sagsbehandlerne angiver at lægge til grund for deres arbejde, blev medarbejderne i spørgeskemaundersøgelsen derfor spurgt til afgørende faktorer, når de skulle visitere en borger til et af kommunens tilbud. Svarene er angivet af sagsbehandlerne i de pågældende sygedagpengeteams med en svarprocent på 70 %, på spørgsmålet: *Vurder på skalaen, hvilke faktorer der er betydningsfulde for din beslutning om at visitere en borger til et tilbud.*

Figur 6.4: Svarfordeling fra sagsbehandlerskema, på spørgsmål om visitationsgrundlaget:



Procentsatserne i ovenstående figur aflæses som et udtryk for, hvor stor en andel af sagsbehandlerne der har angivet, at det konkrete punkt vurderes afgørende. Som det aflæses af figuren, påvirkes sagsbehandlernes visitationsbeslutninger primært af en vurdering af borgernes individuelle behov. Således angives en tilgang til arbejdet, som dels imødeser grundantagelsen om vigtigheden af den individuelt tilrettelagte indsats (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015) og som også lægger sig op ad det perspektiv, som Jacobi (2013) betegner som en heterodoks tilgang til sagsbehandlerarbejdet. Denne tilgang indebærer et fokus på medinddragelse af borgeren og en helhedsvurdering af dennes behov i en praksis, hvor sagsbehandleren besidder rollen som beskæftigelsesfaglig ekspert, snarere end som myndighedsperson, og fokuserer på fastholdelse og inddragelse.

Dette perspektiv blev forfulgt yderligere i de kvalitative interviews i jobcentrene, for at opnå større indsigt i, hvordan sagsbehandlerne forvalter deres skønsmæssige råderum til at beslutte, hvilke tilbud borgerne skal modtage. Således blev det synliggjort, at en enkelt kommune fra lokalpolitisk hold havde besluttet, at den primære tilbudstype til samtlige borgere i målgruppen skulle udgøres af virksomhedspraktik. Sagsbehandlerne opfattede virksomhedspraktikker som et glimrende værktøj, men opponerede over, at indsatsformen blev brugt til samtlige borgere og derved fratog dem muligheden for en mere individuel vurdering. Sagsbehandlerne havde enkelte muligheder for at visitere til andre tilbud, men skulle i højere grad anspore til, at borgerne anvendte egne ressourcer, netværk og tilbud i sundhedssystemet, frem for jobcenter-initierede aktiviteter. Således sås altså en begrænsning i sagsbehandlerne egenkompetence, når det kom til visitationen af en borger til et tilbud (Bundesen & Hansen, 2016:146) som er rammestyret fra højere niveau. Hos de andre to kommuner nævner sagsbehandlerne andre faktorer som betydningsfulde i visitationen, som medvirker til at identificere, hvad man ligger til grund for en vurdering af borgernes behov. Disse vægtes i interviewene i lighed med angivelserne fra spørgeskemaet, men når der spørges nærmere ind til, hvordan disse behov defineres, viser flere faktorer sig at påvirke netop denne vurdering:



*Interviewer: Hvor henter i den vurdering af borgerens behov henne, når I skal tage stilling til, om det er meningsfuldt at iværksætte eksempelvis en virksomhedspraktik?*

*Sagsbehandler: Det er jo lægeligt. Det lægelige får vi jo også. Altså kommer der én, der har fået skiftet hofte, så giver det jo mening, at man trapper gradvist op, fordi en med en ny hofte ikke bare kan gå ind på en arbejdsplads i 37 timer, hvis lægen siger det.*

(Sagsbehandler A, Silkeborg)

Borgerens behov afgøres således ikke alene på baggrund af dennes egne udsagn og ønsker, men kombineret med en vægtning af særligt de lægelige udsagn om samme. Sagsbehandleren ovenfor fortsætter med at forklare, at lægekonsulenterne ofte henviser til virksomhedspraktikker fordi de er blevet *vant til det*, og at hun ofte bruger denne tilbudstype, hvis hun vurderer, at borgeren begynder at udvise vaghed i sin motivation eller arbejdsidentitet. Således bliver også borgernes tilgang og dennes *klientstrategi* ((Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009) som diskuteret i kapitel 2, en del af *forhandlingen* mellem borger og sagsbehandler om, hvad borgerens behov er og hvilke tilbud der iværksættes. Det står i interviewene klart, at vurderingen af borgerens behov ikke ofte beror på en vurdering af selve sygdomsårsagen, idet både psykiske som fysiske problemstillinger forventes afhjulpet igennem brug af både virksomhedspraktik og træningstilbud. Heller ikke borgerens arbejdsgiverforhold er afgørende, idet der kan iværksættes praktikker hos såvel eksisterende arbejdsgivere som på andre virksomheder. Til gengæld går en del af vurderingen af borgerens behov på, at anskue vedkommendes arbejdsidentitet og motivation for genindtræden på arbejdsmarkedet. Her bliver de forskellige tilbud tilsyneladende et værktøj til dels at øge motivationen, dels at fastholde en arbejdsidentitet:

*"For mit vedkommende, der vurderer jeg netop de ting [...] hvordan borgeren tænker sin arbejdsidentitet [...] og om jeg er bekymret for sådan og sådan. Fint nok, så lad os prøve det af. Der synes jeg, det giver mening, men det er da borgerens bekymringer, motivation, alle de der ting, som jeg synes, jeg bruger i mine vurderinger".*

(Sagsbehandler B, Silkeborg)

Af det samlede interviewmateriale fremgår, at vurderingen hos sagsbehandlerne således udfolder sig i krydsfeltet mellem lovgivning, organisationsbeslutninger og en kategorisering af borgernes motivation og arbejdsidentitet, samt deres sygdomsproblemer baseret blandt andet på lægelige vurderinger. Dette kombineret

med sagsbehandlerens egne erfaringer fra arbejdet og de institutionelle, organisatoriske og økonomiske rammer, som jævnfør indledningen i afsnittet synes at have betydning for jobcentrenes tilbudsvifte og organisering. Disse analytiske fund lægger sig op ad det frontlinjeperspektiv, som tidligere er præsenteret ved blandt andet Lipsky (1980). Her beskrives det hvordan sagsbehandleren som led i den parlamentariske styringskæde, på sin vis er påvirket af den lovgivning som vedkommende forvalter, men også af flere andre faktorer af betydning for vedkommendes handlemæssige råderum. Det viser samtidig en øget kompleksitet i visitationssituationen, som række ud over alene at sagsbehandlerne alene arbejder ud fra evidensbaserede opfattelser af, *hvad der virker*.

Hos Jacobi (2013) anskues sagsbehandlerens praksis på sygedagpengeområdet som *heterodoks*, når der i sagsarbejdet løbende orienteres imod det, som betegnes som en *skjult motivationsvurdering* af borgeren. Hos Jacobi (2013) er underliggende motivationsvurderinger en udfordring for et reelt helhedssyn i sagsbehandlingen, fordi de orienterer sig imod en underliggende vurdering af borgerens *berettigelse* til sygedagpengeydelsen, og fordi inddragelsen af borgeren derved sker på baggrund af en forudindtaget opfattelse af, at inddragelsens eneste formål er at rykke borgeren til selvforsørgelse (Jacobi, 2013:144). I denne afhandling optræder dette empirisk de steder, hvor frontlinjemedarbejderne angiver at tilbud primært iværksættes som værktøjer til at øge en borgers motivation, fremfor med et egentligt rehabiliterende sigte. Inddragelsen af lægelige vurderinger knyttes sammen med denne disposition, fordi disse bliver brugt til at retfærdiggøre en hurtigere raskmelding, ved at påvise eksistens eller fravær af medicinske diagnoser, og opnå en mere objektiv målestok for den ellers skjulte og mere normative motivationsvurdering (ibid.). Igennem interviewene i de tre jobcentre i denne afhandling gives tilsagn om, at vurderingen af borgerens motivation er gennemgående i sagsarbejdet. Udsagnene tydeliggør dog også, at denne motivationsvurdering ikke anvendes alene til at vurdere, hvorvidt man finder borgere ydelsesberettiget, men også fordi et fravær af motivation vurderes som en markant barriere for, at de aktive tilbud kan opnå de ønskede resultater. Motivationen hos borgeren bliver derved opfattet som en central forudsætning for indsatsernes succes og bliver således ikke alene en moralsk diskussion, men også noget som relaterer sig til diskussion af afgørende mekanismer og moderatorer i indsatsernes programteorier, som videreføres i afsnit 6.4.

I interview med sagsbehandlerne og borgernes gengives opfattelser af forløb og samarbejde, spores forskellige former for omsorgsopfattelser, som har betydning for

mødet mellem frontlinjemedarbejder og borger. Enkelte sagsbehandlere vægter det, der kan betegnes som en *blødere* praksis, med fokus på at lade borgeren medbestemme tempo og igangsættelse af aktiviteter, og i høj grad på at lytte til borgerens udfordringer og perspektiver på egen situation. Denne såkaldt blødere tilgang devalueres til gengæld også flere steder i frontlinjen, og sættes i modsætning til en mere *direkte* praksis, med fokus på, at borgerne skal presses inden for rimelige rammer og puffes i gang under stadigt stigende belastning, for på den måde at komme hurtigere mod selvforsørgelse, også selvom dette nogle gange måtte række ud over borgernes ønsker eller oplevelse af hvad der er hensigtsmæssigt. Her er ikke i ligeså høj grad fokus på at skærme borgeren og lade dennes fortællinger komme til orde. Sidstnævnte tilgang baserer sig dog stadig på en vis opfattelse af omsorg for borgeren, fordi den er forankret i en stærkt tro på, at netop en gradvis og løbende optrapning af krav, er den bedste tilgang til at hjælpe borgeren på vej. Samtidig stemmer denne tilgang i højere grad overens med de lovgivningsmæssige reguleringer og organisatoriske mål på området, og kravene til opfølgning bliver sammen med det fremskudte revurderingstidspunkt<sup>33</sup> anvendt som et argument for tilgangen, sideløbende med argumenter om, at det er fordelagtigt for borgerne.

Når der ses nærmere på borgernes udsagn i interviewene, giver flere af dem udtryk for at frygte en frembrusende tilgang fra sagsbehandlerne side, med stærke krav om borgerens deltagelse i aktivitet og et eventuelt forsøg på en fremskydning af raskmeldingstidspunkt. Således beskriver nogle borgere, hvordan de oplever at have paraderne oppe i deres møde med sagsbehandleren. Analysen tyder således på, at frygten for krav fra systemets side kan have en betydning for borgerens klientstrategi i mødet med sagsbehandlerne (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009) og en betydning for borgerens fortælling om forløbet, fordi de på forhånd føler det nødvendigt at forberede, hvordan de præsenterer deres sag. Flere steder beretter borgerne dog, hvordan mødet med jobcenteret alligevel ender med at overraske dem positivt, fordi de ikke oplever at blive presset så hårdt, som de forventede. Dette kan på den ene side tolkes som en divergens imellem borgernes beretninger om ikke at føle sig presset og sagsbehandlerernes udsagn om, at de fokuserer på løbende optrapning af krav og justering af belastning. På den anden siden kan det tolkes, at der langt fra altid

---

<sup>33</sup> Revurderingstidspunktet blev i 2014 halveret fra de tidligere 52 uger til de nuværende 26. Dette har betydningen for hvor længe en borger kan modtage sygedagpenge, inden sagen revurderes og enten forlænges eller overgår til jobafklaringsforløb, og dermed en lavere ydelse på niveau med kontanthjælp (jf. diskussionen under afsnit 1.2).

et misforhold mellem borgeren og jobcenterets ønsker, men snarere flere steder en overensstemmelse og enighed om, at det er både hensigtsmæssigt og rimeligt at borgeren optrappes til deltagelse i en række aktiviteter. På et spørgsmål om, hvordan vedkommende har oplevet dialogen og mødet med sagsbehandleren, svarer en borger at det har været en overraskende oplevelse af, at han og sagsbehandleren havde samme hensigter:

*"Der vil jeg sige at med dem begge to, det er fint, det er super. Jeg synes de har behandlet mig utroligt perfekt. Jeg har jo hørt at andre, der kommer derud, de bliver næsten svinet til, fordi at de ikke kan arbejde nok. Men der må jeg sku sige, at der har de taget godt imod mig, og vi har godt kunne blive enige om, hvad vi ville".*

Borger C, Helsingør

Hvis vi for nuværende fastholder blikket på relationen mellem den professionelle og borgeren, tegner interviewmaterialet samlet set et billede af, hvordan relationerne i selve jobcenteret, kontra relationen ude i de valgte tilbud om virksomhedspraktik og træning, er præget af de forskellige rammer for disse møder mellem fagprofessionel og borger. Relationen påvirkes blandt andet af, at frontlinjemedarbejderne i form af virksomhedskonsulenter og fysioterapeuter i indsatserne hos anden aktør, ikke på samme måde er underlagt de reguleringer og lovkrav, der følger med myndighedsansvaret. Fraværet af disse bevirker en større frihed i relationen viser sig at have betydning for borgernes oplevelser af samarbejdet med de professionelle, herunder betydning for deres tillid og motivation. Derved bliver rammernes indflydelse på det relationelle mellem professionel og borger også af betydning for en vurdering af indsatserne, fordi de taler ind i nogle af de mekanismer og moderatorer, som i henhold til programteorien netop forventes at medvirke til at forklare aktiviteterens virkning. Dette forfølges nærmere som et særskilt tema i afsnit 6.4.

Efter i det foregående at have behandlet de faglige, organisatoriske og retlige rammer, som medvirker til at præge tilbudsviften og beslutninger i visitationen, vender det følgende afsnit sig imod et andet centralt parameter, for udformningen af de kommunale tilbud til sygemeldte borgere. Det kommende tema knyttes op på den evidensdiskussion og tendens til søgen efter *viden om hvad der virker* inden for komplekse problemområder, som afhandlingen tog op allerede i det indledende kapitel. Et afgørende parameter for jobcentrenes beslutninger, handler ifølge interviews og spørgeskemaundersøgelse om viden omkring tilbuddenes virkninger og

resultater. Dette fordrer en nærmere udforskning af, hvad denne viden bygger på, eksempelvis hvorvidt der er tale om viden forankret i forskningsbaseret evidens fra området, eller om der i højere grad er tale om en oplevet og erfaret viden hos den enkelte medarbejder, baseret på egen praksis eller erfaringsudveksling med andre fagprofessionelle eller andre kommuner. Uanset den præcise karakter af denne viden, lægges den nemlig ifølge jobcentrene til grund for beslutninger om tilpasninger i tilbudsviften og iværksatte aktiviteter for borgerne (jf. figur 6.3). Fordi viden og diskussioner om viden fylder meget i argumentationerne for, hvorfor frontlinje og ledelse handler som de gør, og derved også vidner om evidensbølgens indtog i praksis (Ejrnæs, 2016), eller i hvert fald om en *evidensbevidsthed*, ser det kommende afsnit nærmere på vilkårene for denne vidensakkumulering i jobcentrenes sygedagpengeenheder.

## **6.2.2 JOBCENTRENES VIDEN OG ANTAGELSER OM, HVAD DER VIRKER**

Afhandlingens empiriske materiale viser en markant efterspørgsel fra jobcentrene, når det kommer til netop viden om indsatserne og deres virkninger. Det rapporteres samtidig i spørgeskemaundersøgelsen, at en femtedel af medarbejderne, efterspørger mulighed for at holde sig opdateret med resultaterne af indsatserne, fordi findes begrænsede. Det er derfor relevant at se nærmere på, hvorfra jobcentrenes antagelser omkring indsatsernes virkninger stammer, samt på hvilket vidensgrundlag beslutningerne om visitation af borgeren til forskellige tilbudstyper træffes. Analyserne har indtil videre peget på, at antagelserne i jobcentrene stemmer overens med de lovgivningsmæssigt og politisk formulerede antagelser, til trods for forskningens tvetydighed på området (Høgelund, 2012; Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). En nærmere undersøgelse af vidensgrundlaget i praksis kan medvirke til at belyse vilkårene for vidensakkumulering i jobcentrene og dermed sige noget om, i hvilken udstrækning det er muligt at tale om en evidensbaseret af praksis.

I interviews og spørgeskemabesvarelser viser det sig svært at opnå en konkretisering af, hvorfra viden om indsatsernes virkninger stammer. Interviewene præges af en række udsagn om, at "det ved vi jo virker" og "det er jo sådan det virker bedst", men sjældent med uddybninger eller underbygninger af disse antagelser. Adspurgte direkte, hvordan sagsbehandlere holder sig orienterede om ny viden på beskæftigelsesområdet, angives det flere steder, at der i vid udstrækning er tale om

personlige erfaringer, kollegial sparring mellem medarbejdere og ledelse, og i nogen grad om mere formel supervision, kurser, eller efteruddannelse. Det er således mere uformelle vidensdelingsstrukturer, som dominerer vidensformidlingen. En af de faglige koordinatore i en sygedagpengeafdeling forklarer:

*"Vi bruger jo rigtig meget sagsbehandlerne egne tilbagemeldinger, altså hvad de oplever ved det her. Rykker det noget at lave den her indsats [...] Det har givet en masse inputs til sagsbehandlingen. Og der er jo noget erfaringsudvikling her i afdelingen med sagsbehandlerne, hvor de rent faktisk kan se, at det rykker noget".*

(Koordinator, Helsingør)

Ovenstående citat belyser, at der umiddelbart findes et modsætningsforhold mellem på den ene side en politisk og faglig vision om at arbejde evidensbaseret, og på den anden side en praktisk virkelighed, hvori denne evidens i højere grad end forskningsmæssige resultater, baserer sig på anekdotisk erfaringer, mundtlig overlevering, sparring og opfyldelsen af de lovgivningsmæssige krav.

For at belyse, hvordan jobcentrene forholder sig til at vurdere egne resultater af specifikke tilbud, blev afdelingerne spurgt ind til måderne, hvorpå de evaluerer egne indsatser. Her tegner der sig en mere formaliseret struktur for vidensindsamling end hvad interviewmaterialet lægger op til, idét næsten 37 % af jobcentrene angiver, at de gennemfører benchmarkinganalyser af deres resultater, og godt 41 % at de adspurgte jobcentre gennemfører effektmålinger baseret på egne data. Det er desværre ikke muligt for denne afhandling at vurdere kvaliteten af disse forsøg på vidensopsamling. Under en tredjedel af kommunerne inddrager borgernes tilfredshed i deres arbejde med resultaterne og i alt 15 % af jobcentrene angav, at man ikke foretog nogen former for struktureret registrering af indsatsernes resultater.

Nedenstående viser svarfordelingen blandt 63 jobcenterledere i sygedagpengeafdelinger, som i spørgeskemaet blev bedt om at redegøre for arbejdet med at evaluere indsatsernes resultater.

Tabel 6.1: Svarfordeling blandt sygedagpengelederne, om evaluering af indsatser

Svarmulighed (n = 63)	Andel
Vi foretager de registreringer, som er lovmæssigt pålagt (indberetninger til fx KMD)	69,8%
Vi evaluerer tilbuddene baseret på medarbejdernes erfaringer	61,9%
Vi gennemfører effektmålinger ud fra egne data	41,3%
Vi analyserer resultaterne via data fra jobindsats.dk	38,1%
Vi arbejder med benchmarking af vores indsatser	36,5%
Vi gennemfører tilfredshedsundersøgelser hos borgerne	28,6%
Vi foretager ingen registreringer af indsatsernes resultater	15,9%
Andet (angiv venligst):	7,9%
Total	100,0%

Adspurgt, hvilke barrierer man oplever i forhold til at gennemføre evaluering og analyse, angives på den ene side de tidsmæssige rammer til arbejdet med dette. På den anden side efterspørges relevante IT-systemer til registrering og metoder, som kan understøtte opgaven. Desuden nævnes det, at man ikke alle steder oplever at have tilstrækkeligt med metodiske kompetencer til at gennemføre analyser af høj kvalitet. På ledelsesniveau opleves det til tider som udfordrende at sikre tilstrækkelig tilføring af viden til afdelingerne:

*"Det evige problem inden for beskæftigelsesområdet, det er jo, at det er afsindigt svært at måle på, hvad der er effektivt [...] Man kan sige, at det er meget svært at få tal på det - får vi færre eller flere sygemeldte? Er de hos os i længere eller kortere tid? [...] Nu har vi prøvet den her indsats, og nu kan vi se at den [den gennemsnitlige længde på sygemeldingerne] er faldet. Så kan vi måske få en indikation af, at den indsats har virket, men det kan være alle mulige andre parametre der spiller ind på det. Så man kan ikke sige, at det 100 % er indsatsens skyld. [...] Så langt hen ad vejen, så er det at prøve tingene af og så se, om det fungerer for den pågældende gruppe. Det er jo også begrænset, hvad vi har af midler til at kunne lave de her store forkromede tiltag."*

(Afdelingsleder, Helsingør).

Det går igen i fortællingerne fra jobcentrene, at der er stor interesse i viden på området, men at man mangler metodiske kompetencer til dataindsamling og formidling og økonomiske ressourcer til samme. Vilkkårene for direkte vidensinddragelse i jobcentrenes praksis er således udfordret af flere faktorer, hvilket medvirker til, at den

viden, der trækkes på i bestemmelsen af tilbudsviften og i visitationen, bliver en blanding af erfaringsbaseret og kollektiv viden, som kombineres med de centrale antagelser fra politisk og lovgivningsmæssigt niveau. Sidstnævnte kommunikerer blandt andet via reguleringer af lovgivningen og ved hjælp af en række økonomisk baserede styringsværktøjer, herunder refusionsregler og opfølgingskrav (Bundesen og Hansen, 2016). Hvor førstnævnte påvirker den statslige kompensation for visitationen af borgere til forskellige typer af tilbud, påvirker sidstnævnte, hvor hurtigt og hvor ofte jobcentrene skal være i kontakt med en borger under et sagsforløb. Dette synes at medføre en påvirkning af sagsbehandleres og lederes vurderinger af hvad der virker, også selvom der kan tales om begrænsninger i den videnskabelige evidens på området (Bredgaard & Sieling- Monas, 2015).

Ambitionerne om netop at evidensbasere området, koblet med løbende stramninger og stigende krav til aktivitet for sygemeldte (Jacobi, 2013), tyder ifølge analyserne af interviews og spørgeskemabesvarelser på, at have helt konkret indflydelse på tilrettelæggelsen af sygedagpengeindsatsen. Det viser sig nemlig, at ovenstående processer til tider udmønter sig i en direkte anvendelse af enkelte specifikke redskaber, eksempelvis virksomhedspraktik, som gøres til den centrale løsning for hele gruppen af sygemeldte borgere. Argumentationen for en sådan prioritering er en blandt af juridisk-økonomisk rationalitet koblet op på refusionsreglerne, som på tidspunktet for interviewindsamlingen stadig gav den højeste tilbagebetalingssats ved virksomhedsvendte tilbud og henvisning til evidens, som har peget på at virksomhedspraktik, for nogle målgrupper, har vist positive beskæftigelseseffekter. Således anvendes virksomhedspraktik flere steder som redskab til samtlige borgere i målgruppen, trods gruppens heterogenitet og til trods for at man forskningsmæssigt endnu ikke har formået at udkrystallisere hvorfor, for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder en virksomhedspraktik reelt kan forventes at virke, jf. litteraturgennemgang og diskussion i kapitel 1.

Denne fokusering på anvendelsen af specifikke, ensartede tilbud står tilsyneladende i kontrast til den ellers udtalte ambition om helhedssyn og individuelt tilpassede forløb, som udgør en central antagelse, når det forklares hvad der kendetegner en virksom indsats. Det er interessant, at der på den ene måde hersker enighed om vigtigheden af individuelt tilrettelagte indsatser, samtidig med en høj grad af anvendelse af de samme typer af tilbud og aktiviteter, med henvisning til enten forskning eller økonomiske hensyn. Samlet peger dette på en tendens, hvor på den ene side et juridisk-økonomisk fokus og på den anden side et for smalt fokus på *hvad der virker*,



risikerer at medvirke til en ensartning af metodevalget i indsatserne (Frahm & Amdrup, 2016). I interviews og spørgeskemaer gives dog ikke udtryk for at dette af de fagprofessionelle nødvendigvis opfattes som et paradoks. Snarere synes den individuelle tilpasning af tilbuddene at bestå af overvejelser om, hvornår og hvordan den forudbestemte aktivitet så tilrettelægges, samt hvordan borgeren motiveres til deltagelse og hvem der eventuelt skal involveres. Det vil senere i analysen blive diskuteret, om sådanne *one-size-fits-all-tendenser* kan have indvirkning på om eventuelle mekanismer ved indsatserne *udvandes*, såfremt de ikke i tilstrækkeligt omfang bygger på overvejelser om, hvem der modtager tilbuddene og under hvilke omstændigheder aktiviteterne sammensættes.

### 6.2.3 OPSUMMERING

En stor del af de aktive indsatser er centreret omkring virksomhedsrettede og fysisk rettede tiltag, og følger således de lovgivningsmæssige antagelser om, hvad der virker for sygemeldte borgere bredt henover målgruppen. Jobcentrenes vilkår for akkumulering af viden på området, og evalueringer af egne resultater, domineres af mere uformel kollegial sparring, mens en mere direkte formel videns-tilførsel udfordres af ressourcehensyn, manglende specialkompetencer og andre interessevaretagelser. Dette er interessant i kombination med de andre analysepunkter, som peger på, at kommunerne lægger viden om hvad der virker, til grund for deres tilbudsvifte og visitationer, men samtidig udtrykker at vilkårene for vidensakkumulering er udfordrede. Jobcentrene giver i interviewene eksempelvis udtryk for, at det er svært at sikre reel prisbestemmelse af de tilbud, som anvendes, og at man oplever udfordringer ved at vise, hvilke resultater de enkelte tilbud medfører.

Beslutningerne på området bliver derved samlet set præget af uformelle, erfaringsbaserede og til tider personafhængige opfattelser, også selvom der naturligvis tages højde for de lovgivningsmæssige og politiske regelsæt, som jobcentrene arbejder under. Disse medvirker flere steder til en ensretning af tilbudsanvendelsen, i særdeleshed oprettelserne af virksomhedspraktikker. Dette står i nogen grad i modsætning til antagelserne om vigtigheden af individuel tilrettelæggelse, men håndteres tilsyneladende ved at arbejde med en målrettethed i den enkelte borgers sag, når det kommer til tidspunkt, intensitet og form på det enkelte forløb, samt også i sjældne tilfælde muligheden for at dispensere fra de normale krav eller udskyde aktivitetstidspunktet.

Efter i dette første analysetema at have behandlet dels udbredelse af forskellige typer aktive tilbud, dels de årsager som de fagprofessionelle lægger til grund for opbyggelsen af tilbudsviften og overvejelser i visitationen, skal det næste analysetema i dybden med besvarelsen af afhandlingens centrale forskningsspørgsmål, som indledningsvis handler om, hvorvidt udvalgte indsattstyper har effekt på borgernes raskmeldinger og tilbagevenden til arbejde, samt hvorvidt indsatserne udviser forskellige effekter over for forskellige dele af målgruppen.

## 6.3 ANALYSETEMA B: HVAD VIRKER FOR HVEM?

Dette afsnit behandler effekterne af udvalgte indsatser over for sygemeldte borgere. De udvalgte indsatstyper defineres, og det undersøges hvordan forskellige indsatstyper påvirker forskellige dele af målgruppen, når disse holdes op over for hinanden og sættes i forhold til længden af borgernes efterfølgende sygemelding og beskæftigelsesgrad. Det er centralt for forståelsen af effekter i det kommende afsnit, at der netop er tale om en sammenligning *mellem indsatser*, snarere end mellem indsatser og en indsatsløs kontrolgruppe, som ellers er en anvendt tilgang i analyser på beskæftigelsesområdet. En sådan tilgang udfordres af, at det er vanskeligt at etablere en sammenlignelig kontrolgruppe *uden indsatser*, altså den kontrafaktiske situation, blandt andet fordi det er lovgivningsmæssigt bestemt, at alle borgere i kategori 2 skal modtage et aktivt tilbud. Der findes således ikke i det nationale registerdata en neutral kontrolgruppe, som ikke modtager et aktivt tilbud, uden samtidig at adskille sig systematisk fra resten af målgruppen. Derfor sammenligner nærværende analyse i stedet, hvordan de udvalgte tilbudstyper præsterer i en sammenligning med hinanden og i sammenligning med øvrige tilsvarende tilbud, ved at sætte udvalgte indsatsers effekter op over for en referencegruppe.

Det centrale fokus i denne del af analysen er at vurdere spørgsmålet om, hvorvidt indsatserne virker og for hvem. Dette søges belyst primært igennem den effektmåling, som blev gennemført ved en analyse af kombineret survey- og registerdata, jf. redegørelse i afsnit 5.2.3. Analysen suppleres desuden med viden hentet igennem interviews og fokusgrupper, blandt frontlinjemedarbejdere i jobcentrene og i de udvalgte indsatser hos Quick Care. Igennem afsnittet holdes analytiske fund op imod resultaterne fra tidligere forskning, ligesom en række teoretiske perspektiver på dels frontlinjemedarbejderens praksis (Skal, 2016) og forståelsen af helbredstilstand (WHO, 2011) inddrages for at forklare og diskutere de analytiske fund. Programteoriene for hver af de udvalgte to indsatser inddrages igennem hele afsnittet, idet disse udgør grundlaget for de hypotetiske antagelser, som efterprøves (Pawson & Tilley, 1997).

### 6.3.1 EFFEKT AF TO UDVALGTE INDSATSER

Som en del af besvarelsen af spørgsmålet om, hvilke typer af indsatser der virker for sygemeldte borgere i kategori 2, ses nærmere på effekterne af forskellige indsatstyper,

målt i forhold til sammenhængen med den efterfølgende længde på borgerens sygefravær og den efterfølgende arbejdsmarkedsdeltagelse.

Indsatsernes sammenhæng med det akkumulerede antal uger på sygedagpenge efter en gennemført indsats, ansues som en indikator for indsatsernes potentielle effekter i forhold til at kunne nedbringe varigheden af sygemelding. Dette mål siger alene noget om antallet af uger hvori sygedagpengeydelsen modtages, og altså ikke noget om hvorvidt et eventuelt fravær af ydelse, betyder at der til gengæld er tale om lønindkomst.

Indledningsvist laves et datanedslag i 1. kvartal af 2010, for derefter at kunne måle antallet af uger på sygedagpenge i det samlede år for indsats. I dette kvartal omfatter data de på det tidspunkt i alt 55.600 sygedagpengemodtagere, hvoraf 13.901 af disse borgere modtager en aktiv indsats i mindst én uge i perioden. Populationen består af sygedagpengemodtagere i kategori 2 på pågældende tidspunkt, og stikprøven er de borgere som modtager tilbud under Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. De borgere som ikke har deltaget i aktive tilbud på nedslagstidpunktet, er fjernet fra den efterfølgende analyse.

Det bliver således undersøgt, hvilken sammenhæng der er imellem typen af indsats, som en borger har modtaget, og det følgende antal uger på sygedagpenge. En operationalisering af dette giver en primær uafhængig variabel udgjort af *indsatstype* og en afhængig variabel bestående af først *antal uger på sygedagpenge i 2010* og derefter *uger i beskæftigelse i 2010*. Dét som således måles i kraft af denne operationalisering er, hvilken indflydelse deltagelse i et tilbud i første kvartal af 2010 har på antallet af uger en borger er sygemeldt eller i beskæftigelse i den resterende del af samme år, sammenlignet med deltagelse i andre tilbud.

Ud over at måle på afhængige variable vedrørende sygdom og beskæftigelse, suppleres effektanalysen med undersøgelsen af en række delmål. Disse delmål udgøres af variable, som er en operationalisering af de delmål, som blev fremstillet i programteorien fra kapitel 4. Relevante indikatorer for disse delmål omfatter variable der udtrykker antal lægebesøg, antal indlæggelser og brug af lægeordineret medicin. Disse variable ansues som indikatorer for en persons helbredstilstand og en nedgang i antallet af lægebesøg, indlæggelser og medicinforbrug ansues som indikator for en forbedret helbredstilstand og som en positiv udvikling, der medfører større

sandsynlighed for raskmelding og beskæftigelse. Analysens afsnit 6.3.2 behandler disse delmål yderligere detaljeret.

For at kunne måle effekterne af indsatsstyperne over for hinanden, opdeles samtlige borgere i grupper, alt efter hvilket tilbud, de har deltaget i. Der defineres fem forskellige indsatsgrupper, hvori borgerne fordeler sig som illustreret i den følgende figur 6.2. Grupperne er konstrueret ud fra oplysninger om, hvilke konkrete aktiviteter tilbuddene har indeholdt og om hvorvidt de er gennemført i Quick Care-regi eller andetsteds. Grupperne er sammensat ud fra en antagelse om, at borgerne i *Quick Care* fysioterapi kan sammenlignes med borgerne i gruppen *vejledning og opkvalificering*, og at borgerne i *Quick Care virksomhedspraktik* sammenlignes med gruppen *Almen virksomhedspraktik*. Vejledning og opkvalificering er den kategori, som sygemeldte borgere henvises til en lang række forskellige tilbud under, herunder også Quick Cares træningstilbud. Restkategorien *Andet* indeholder alle andre borgere, som har været i særligt tilrettelagte tilbud, været visiteret under andre kapitler i Lov om Aktiv Beskæftigelse, eller været i tilbudstyper hvor antallet af borgere har været så lille, at de ikke i analysen ville kunne bidrage med tilstrækkelig udsagnskraft.

Analysen ser således nærmere på resultaterne for henholdsvis Quick Cares borgere, målt mod de resterende borgere i vejledning og opkvalificering. Der laves et tidsmæssigt nedslag i 1. kvartal 2010, for at kunne bestemme effekterne for den resterende del af dette indsatsår. Antagelserne om gruppernes sammenlignelighed testes forud for analysen. Borgernes inddeling under variabelen *indsatsstype* fordeler sig således:

Tabel 6.2: Oversigt over borgere i forskellige tilbudstyper i 1. kvartal 2010.

Tilbudstyper	Frekvens (n)	Procent
Quick Care Fysioterapi	532	1,0
Quick Care Virksomhedspraktik	22	<0,1
Vejledning og opkvalificering	2621	4,7
Virksomhedspraktik	1061	1,9
Andet	9684	17,3
<b>Deltagere total</b>	<b>13.901</b>	<b>25,0</b>
Udeladt	41.699	75,0
Total datasæt	55.600	100,0

Den følgende del af analysen undersøger, hvorvidt deltagelse i de to tilbud udbudt af Quick Care, bestående af henholdsvis *virksomhedspraktik* og *fysioterapeutisk træningsforløb*, korrelerer med et kortere efterfølgende antal uger på sygedagpenge, sammenlignet med de resterende borgere, som har modtaget enten *Almen Virksomhedspraktik* eller *Vejledning og opkvalificering*.<sup>34</sup> Antagelsen om en sammenhæng baserer sig på de udformede programteorier i kapitel 4, og forsøger at efterprøve disse programteoretiske forventninger om, at de to udvalgte indsatser vil føre til en afkortning af sygefravær og en øget sandsynlighed for beskæftigelse, igennem de udvalgte indsatsaktiviteter iværksat overfor målgruppen.

For at sandsynliggøre, at eventuelle forskelle i indsatsernes effekter på sygemelding og beskæftigelse ikke alene kan tilskrives systematiske forskelle i de borgergrupper, som har været visiteret til de forskellige tilbud, gennemføres en analyse af forskellige karakteristika for hver gruppe i det følgende. Det antages, at faktorer som sygdomshistorik, tidligere forbrug af sundhedsydelser og tidligere arbejdsmarkedstilknytning, sammen med faktorer som alder, etnisk tilhørsforhold og uddannelsesniveau potentielt påvirker en borgers sandsynlighed for at kunne opnå positivt udbytte af en indsats. Såfremt én indsatsgruppe således systematisk adskiller sig fra en anden på disse parametre, kan det risikeres, at en eventuel effekt i stedet skal tilskrives forskellen mellem gruppernes ressourcer og historik, snarere end et resultat af indsatserne i sig selv. Der kontrolleres således for forskelle mellem grupperne i de kommende regressionsmodeller i analysen af indsatsernes effekter, både indledningsvist i forhold til indsatsernes effekt på længden af sygemeldingen og efterfølgende i forhold til effekten på borgerens beskæftigelsesgrad.

Et eksempel er illustreret i den følgende tabel 6.3., hvor indsatsgruppen *Quick Care fysioterapi* sammenlignes med gruppen *Vejledning og opkvalificering*. Sammenligningen foretages ved at vurdere fordelingen af gennemsnit for en række udvalgte parametre, som er yderligere operationaliseret i den efterfølgende tekst:

---

<sup>34</sup> Vejledning og opkvalificering betegner en samlekategori af tilbud. Sygemeldte borgere kan visiteres hertil under Lov om Aktiv Beskæftigelse, kapitel 10. Tilbudene kan bestå af eksempelvis kurser, praktikperioder og aktivitet, som sigter mod at udvikle eller afdække den lediges faglige, sociale eller sproglige kompetencer. Således er også fysisk rettede træningstilbud hos både Quick Care og andre aktører inkluderet her. Quick Care borgere er derfor adskilt fra gruppen i den kommende analyse, for at muliggøre sammenligning.

Tabel 6.3: Fordeling af gennemsnit i to grupper, på valgte sammenligningsparametre.

Parameter for sammenligning	Grupper	(N)	Mean	Std. afvigelse
Sygedagpenge 2009	QC Fysioterapi	532	7,79	12,762
	Vejl. & opkval.	2621	10,75	13,775
Beskæftigelse 2009	QC Fysioterapi	532	27,63	20,572
	Vejl. & opkval.	2621	24,14	20,156
Sundhedsydelse 2009	QC Fysioterapi	244	42,2623	28,60280
	Vejl. & opkval	1319	43,3245	31,20981
Aldersgruppe	QC Fysioterapi	497	2,3280	,60831
	Vejl. & opkval	2464	2,3105	,58382
Statsborgerskab	QC Fysioterapi	532	1,1410	,46421
	Vejl. & opkval	2621	1,1923	,54250
Uddannelsesgruppe	QC Fysioterapi	532	3,0733	1,63192
	Vejl. & opkval	2619	3,0290	1,67940

Parametrene Sygedagpenge 2009 og Beskæftigelse 2009 er i det ovenstående opgjort i antallet af uger en borger har befundet sig på henholdsvis sygedagpenge eller i lønnet beskæftigelse i året før indsats. Sundhedsydelse 2009 er en indikator for det samlede forbrug af sundhedsydelser det pågældende år, herunder lægebesøg, indlæggelser og receptpligtig medicin. Variablene 'aldersgruppe', 'statsborgerskab' og 'uddannelsesgruppe' er kategoriale skalavariabler, som i undersøgelsens analyse er grupperet. Det betyder, at 'alder' er inddelt i fem grupper med ti års intervaller, 'statsborgerskab' er inddelt i henholdsvis 'dansk', 'europæisk' og 'øvrige', og endeligt er 'uddannelsesgruppe' betegnelsen for en opdeling i fem grupper, fra 'grundskole\*' og til '\*lang videregående uddannelse\*'. Sammenligningsparametrene ovenfor er udvalgt på baggrund af en forståelse af, at et forringet helbred, sparsom arbejds- og uddannelseserfaring, en høj alder og eventuelle sproglige eller kulturelle barrierer alt sammen medvirker til at øge en persons afstand til beskæftigelse og derved påvirker deres mulighed for at opnå ønskede resultater på baggrund af en beskæftigelsesrettet rehabiliterende indsats.

Ovenstående tabel 6.3 anskueliggør dels forskelle i de to gruppers gennemsnitsværdi (mean) på de udvalgte parametre for sammenligning, dels spredningen i gruppen

udtrykt ved standardafvigelsen. Parametrene er målt i året før indsatstidspunktet. Det ses ved en gennemgang af tabellen, at der er tale om forskelle i gennemsnit mellem grupperne, eksempelvis udtrykt ved et højere gennemsnitligt antal uger på sygedagpenge i gruppen *Vejledning og opkvalificering*, samt en smule lavere arbejdsmarkedsdeltagelse og et større forbrug af sundhedsydelse. Dette kan samlet set tyde på, at borgerne i de almene tilbud under vejledning og opkvalificerings-tilbud er gennemsnitligt en smule mindre ressourcestærke, end borgerne i gruppen *Quick Care fysioterapi*. Således findes der behov for yderligere test af gruppernes sammenlignelighed på disse punkter forud for den kommende analyse. Parametrene 'aldersgruppe', 'statsborgerskab' og 'uddannelsesgruppe' er grupperet som kategoriske skalavariabel, og det kan aflæses, at gruppernes gennemsnit fordeler sig tilnærmelsesvis ens. Udfaldene af disse baggrundsvariable udgør således tilsyneladende ikke årsag til at tvivle på gruppernes sammenlignelighed.

For nærmere at bestemme, om eventuelle forskelle på grupperne er af betydning for eventuelle videre analyser, blev gennemført test for homogenitet i variansen ved *Levene's test* for homogen varians mellem grupperne og et t-test for lighed i *means*. Til formålet opstilles en hypotese om, at variansen mellem grupperne er ens og denne hypotese afvises ved en eventuel *p-værdi*  $< 0,05$  (Field, 2013:193). Analyserne er gennemført i IBM SPSS Statistics og skal anskueliggøre hvorvidt forskellene mellem grupperne vil udgøre et problem for den videre analyse. Resultatet af disse analyser peger på, at hypotesen om homogenitet i variansen mellem grupperne *Quick Care fysioterapi* og *Vejledning og opkvalificering* må accepteres på en række parametre. Dette er udtryk for, at varians mellem de to valgte grupper er sammenlignelig. Sammenlignelighed mellem grupperne accepteres således, når det angår antallet af uger, borgerne var på sygedagpenge året før indsats, og deres akkumulerede forbrug af sundhedsydelse samme år. Ligeledes er grupperne forsat sammenlignelige, når det kommer til statsborgerskab, aldersfordeling og uddannelsesniveau. En forskel mellem grupperne spores dog i forhold til arbejdsgivertilknøytning i året før indsats. Gruppen *Vejledning og opkvalificering* har gennemsnitligt arbejdet 3 uger mindre end gruppen *Quick Cares fysioterapi*. Dette forbehold inddrages derfor i den videre tolkning af regressionens resultater.

I lighed med ovenstående gennemførtes i afhandlingen en række analyser af forskellene mellem de resterende indsatsgrupper, der skulle anvendes i de kommende regressioner. De operationaliserede parametre for sammenligning blev således testet igennem sammenligning af mean, standardafvigelsen, test for homogenitet i variansen



ved *Levene's test* og et t-test for lighed i means (ibid.). Disse analyser viste et gennemgående belæg for at acceptere hypotesen om gruppernes sammenlignelighed, med undtagelse af indsatsgruppen *Andet*, der som nævnt indeholder en bredt sammensat restgruppe af borgere, som forventeligt ikke er sammenlignelige med de øvrige grupper. Denne gruppe vil derfor blive ekskluderet fra sammenligning i analysen.

Følgelig efterprøves sammenhængen mellem indsatsvariablen og den valgte outcome-variabel omhandlende antallet af uger en borger befinder sig på sygedagpenge i den resterende del af indsatsåret. Analysen udføres ved en simpel multipel regression og trinvis forlæns modelsøgning, hvor udvalgte kontrolvariable og forklarende variable tilføjes og afprøves i modellen, hvorefter den endelige model med stærkest forklaringskraft udvælges. Valget af denne metode er begrundet nærmere i kapitel 5.

Hver indsatsgruppe blev kodet som dummyvariable og kategorien *Vejledning og Opkvalificering* blev udvalgt som referencekategori. Rækken af forklarende- og kontrolvariable blev medtaget i modellen under antagelse af, at have potentiel indvirkning på effekterne af en indsats. Denne operationalisering er gennemført ved en inddragelse af programteoriene fra kapitel 4, med fokus på de her identificerede antagelser om kendetegn ved målgruppen, som forventes at øve indflydelse på disse borgeres mulighed raskmelding og tilbagevenden til arbejde. Alle defineres de af det grundlæggende kriterie for udvælgelsen af kontrolvariable, at de forventes at relatere til både den afhængige og de uafhængige variable.

Efter den trinvis modelsøgning, tager analysen udgangspunkt i den bedst tilpassede model, præsenteret i den følgende tabel 6.4.<sup>35</sup> De i modellen inkluderede variable består af det akkumulerede antal uger på sygedagpenge i året før indsats (2009), udvalgt som en indikation på omfanget af en persons sygdomshistorik. Dertil er i modellen tilføjet en variabel der udtrykker antallet af uger i lønnet beskæftigelse i året før indsats (2009), som indikation på vedkommendes arbejdsmarkedstilknytning forud for sygdomsindtræden. Disse variable er begge operationaliseret ud fra en forventning om at udgøre indikation på borgerens helbredstilstand og afstand til arbejdsmarkedet og således faktorer, som jf. programteorien forventes at øve indflydelse på

---

<sup>35</sup> Den fulde model for tabel 6.4 er fremlagt under bilag 5.1, sammen med regressionsanalysens øvrige modeller.

indsatsernes virkning. Desuden inkluderes en variabel for deltagernes alder, kodet som kategorial skalavariabel ud fra fødselsår og grupperet i grupper af 10 års aldersintervaller, ud fra en antagelse om, at jo ældre en deltager i en given indsats måtte være, jo mere indflydelse kan helbredsmæssige lidelser have på den enkelte, jo sværere betingelser for raskmelding findes og således vil også vanskeligere betingelser for at opnå resultater af tilbuddene eksistere. Variable for køn og uddannelsesniveau blev indledningsvist tilføjet ud fra en generel interesse i disse faktorer eventuelle betydning, men viste sig ikke at have signifikant indflydelse på effekterne, og blev således fjernet fra den endelige model

Tabel 6.4: Estimeret sammenhæng mellem indsats og efterfølgende tid på sygedagpenge.

Koefficienter (n=13901)				R <sup>2</sup> = 0,212
Variabel	Ustandardiserede koefficienter		Standardiserede koefficienter	Sig.
	B	Std. Fejl	Beta	
(Konstant)	18,287	,600		,000*
Sygedagpenge 2009	,346	,009	,321	,000*
Beskæftigelse 2009	,064	,006	,096	,000*
Aldersgruppe	,056	,010	,044	,000*
Statsborgerskab ≠ DK	1,140	,269	,032	,000*
QC Fysioterapi	-14,643	,586	-,203	,000*
QC Virksomhedspraktik	-2,164	2,630	-,006	,411
Almen Virksomhedspraktik	-2,910	,450	-,056	,000*
Restgruppe	-10,634	,279	-,352	,000*

a. Afhængig variabel: Uger på sygedagpenge 2010  
b. Referencegruppe: Vejledning og opkvalificering  
c. Signifikansniveau:  $p \leq 0,05$ . Signifikante værdier er markeret med \*

Af ovenstående koefficienter i den endelige model tolkes indsatstypernes sammenhæng med den afhængige variabel, antal uger på sygedagpenge efter indsats. Indsatsen *Vejledning og opkvalificering* er sat som referencegruppe, og således skal koefficienterne for hver indsatstype aflæses i relation denne gruppe.

De ustandardiserede koefficienter (B) udtrykker således det gennemsnitlige antal uger på sygedagpenge efter en given indsats, *sammenlignet* med referencegruppen

*Vejledning og opkvalificering.* Den indsigte tabellen tilbyder handler således om, hvordan de øvrige indsattstyper påvirker en borgers efterfølgende tid på sygedagpenge, når man sammenligner indsatsen med *Vejledning og opkvalificering*. Koefficienternes fortegn fortæller, hvorvidt der er tale om en positiv eller negativ indvirkning på sygdom efter indsats, sammenholdt med referencegruppen. De standardiserede koefficienter (Beta) udtrykker styrkeforholdet mellem de undersøgte variable og kan således anvendes til at sammenligne de forskellige faktorerets betydning i forhold til hinanden. Det højeste tal, hvad enten med positivt eller negativt fortegn, angiver den største betydning. Endelig angiver tabellen i yderste venstre kolonne den respektive signifikans for hver variabel. I hele afhandlingens analyse arbejdes med et 5 % signifikansniveau.  $R^2$  (som i ovenstående model bestemmes til 0,212) udtrykker regressionens forklaringsværdi således, at jo højere værdi, jo mere af den afhængige variabel er regressionen i stand til at forklare.

I forlængelse af ovenstående redegørelse aflæses det i tabel 6.4, at borgere i indsatsen *Quick Care Fysioterapi* og i gruppen *Almen Virksomhedspraktik*, sammenholdt med borgeren i almindelige tilbud under kategorien *Vejledning og Opkvalificering*, har gennemsnitligt færre antal uger på sygedagpenge i den resterende del af året efter indsats. Med andre ord aflæses en positiv sammenhæng mellem deltagelse i Quick Cares fysioterapeutiske tilbud og en reduktion i antallet af uger på sygedagpengeydelse (14 uger). Den markante sammenhæng må dog netop forstås i lyset af de forskelle der tidligere er demonstreret i forhold til gruppernes forudgående beskæftigelses- og sygdomshistorik (jf. tabel 6.3). Ligeledes ses en reduktion i antallet af uger på sygedagpenge, når *Almen Virksomhedspraktik* sammenholdes med referencegruppen (2,9 uger). Det aflæses for begge tilbudstyper, at denne sammenhæng er signifikant. Deltagelse i *Quick Cares Virksomhedspraktik* antyder indledningsvist også en positiv effekt, men her er sammenhængen dog ikke signifikant, hvilket forventeligt påvirkes af et meget lavt deltagerantal i denne gruppe. I den resterende del af analysen, fjernes gruppen således fra modellen grundet manglende udsagnskraft.

Det aflæses yderligere i tabel 6.4, at andre faktorer end selve indsatsen synes at øve indflydelse på en borgers tid på sygedagpenge i den resterende del af året efter indsats. De standardiserede koefficienter udtrykker en sammenhæng mellem ikke at have dansk statsborgerskab og længere tid på sygedagpenge efter en given indsats, ligesom det konstateres at sammenhængen er signifikant. På samme måde aflæses

det, at jo højere en aldersgruppe en borger placerer sig i, jo længere tid på sygedagpenge efter indsats kan forventes.

I forlængelse af alders- og statsborgerskabsfaktorerne, ses i modellen en sammenhæng mellem borgeres sygdoms- og beskæftigelsehistorik i året før indsats, og så indsatstypens effekt på efterfølgende længde af sygemelding. Historikken på de to parametre udtrykkes ved variable, som udtrykker borgerens tidligere modtagelse af sygedagpenge og antal uger i beskæftigelse året før indsats. Sammenhængene mellem disse variable og den efterfølgende tid på sygedagpenge er for begge vedkommende små, men signifikante.

Således viser modellen tegn på, at en borgers forløb påvirkes af faktorer ud over indsatsen alene. De påpegede sammenhænge ovenfor, og indikatorerne på en betydning af arbejds- og sygehistorik, bakkes op i den kvalitative empiri, hvor frontlinjemedarbejdere peger på udfordringer med de borgere i målgruppen, som er længst fra arbejdsmarkedet, og som følge heraf vurderes at være truede på deres arbejdsidentitet. Det er også denne gruppe af borgere, som igennem egne interviews kan siges at udtrykke en *klientstrategi*, som kan karakteriseres som en kombination af nedslidning og sygdomsfokusering (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009). Disse borgere viser sig dog at udgøre en relativt lille andel af den samlede målgruppe af kategori 2-borgere, hvoraf de fleste beskrives som relativt ressourcestærke og besiddende en høj arbejdsidentitet, samt giver udtryk for mere tydeligt arbejdsorienterede strategier. Empirien understøtter således billedet af en heterogen målgruppe – hvor der på den ene pol findes en stor gruppe af borgere med relativt mange ressourcer, uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet, og en mindre gruppe af borgere, som i højere grad kæmper med færre ressourcer, sekventielle sygdomsperioder og gentagende periodisk fravær fra arbejdsmarkedet.

Den programteori som dannede udgangspunktet for ovenstående analyse, opstillede en forventning om positive sammenhænge mellem deltagelse i Quick Cares indsatser og kortere tid på sygedagpenge. Disse antagelser om en positiv sammenhæng mellem indsatsernes aktiviteter og de ønskede resultater er således indledningsvis understøttet i de hidtidige analyser, ligesom der er præsenteret en tendens til at borgeres udbytte af indsatserne påvirkes af faktorer såsom alder og statsborgerskab.

Det blev kontrolleret, at de estimerede modeller opfylder antagelserne for lineær regression, herunder antagelsen om en lineær sammenhæng mellem variable. Blandt

andet blev anvendt Pearsons Correlation i SPSS, samt en undersøgelse af den antagne uafhængighed mellem residualernes varians, samt at denne varians er konstant (homoskedastisk) og at residualernes værdier er tilstrækkeligt normalfordelte (Helbæk, 2012:120). De foreløbige tendenser og tolkninger blev styrket igennem en gentagelse af analysen, med nedslagstidspunkt for 2. kvartal 2010. For borgere, som deltog i indsatser i denne periode, sås lignende sammenhæng mellem deltagelse i *Quick Care Fysioterapi* og en nedgang i antallet af uger på sygedagpenge resten af året i sammenligning med referencegruppen. Desuden sås også her en sammenhæng mellem deltagelse i *Almen virksomhedspraktik* og kortere tid på sygedagpenge.<sup>36</sup>

Analyserne har indtil nu beskæftiget sig med indsatsernes sammenhæng med antallet af efterfølgende uger på sygedagpenge. Et ligeså relevant mål i den formulerede programteori i kapitel 4 gik på, at indsatserne ultimativt sigter efter, at borgerne hjælpes tilbage til selvforsørgelse. Analysen undersøger derfor i det følgende, hvordan indsatserne påvirker efterfølgende beskæftigelse, målt på antallet af uger, en borger modtager e-indkomst i den resterende del af det år, hvor indsatsen har pågået.

Igen kodes indsatstyperne binært og almindelig *Vejledning og Opkvalificering* udvælges som referencekategori. Da fremgangsmåden for analysen som præsenteret i det foregående er baseret på trinvis modelsøgning, præsenteres følgelig den bedst tilpassede model. Det tidsmæssige nedslagstidspunkt for analysen er 2. Kvartal 2010.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Den fulde model for denne analyse er præsenteret i bilag 5.2.

<sup>37</sup> Den fulde model for tabel 6.5 er fremlagt under bilag 5.3.

Tabel 6.5: Estimeret sammenhæng mellem indsats og efterfølgende tid i beskæftigelse.

Koefficienter (n=13901)				R <sup>2</sup> = 0,512
Variabel	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	Sig.
	B	Std. Error	Beta	
(Konstant)	-7,629	1,247		,000*
Sygedagpenge 2009	,067	,017	,041	,000*
Beskæftigelse 2009	,643	,010	,629	,000*
Statsborgerskab ≠ DK	,501	,502	,009	,319
Uddannelsesgruppe	,516	,112	,040	,000*
Sundhedsydelse 2009	-,027	,006	-,039	,000*
Aldersgruppe	,721	,310	,020	,020
QC Fysioterapi	11,909	1,197	,098	,000*
Almen Virksomhedspraktik	7,617	,931	,091	,000*
Restgruppe	16,886	,677	,310	,000*

a. Afhængig variabel: Uger i beskæftigelse 2010  
b. Referencegruppe: Vejledning og opkvalificering  
c. Signifikansniveau:  $p \leq 0,05$ . Signifikante værdier er markeret med \*

Af ovenstående tabel tolkes en sammenhæng mellem deltagelse i forskellige tilbudstyper, og det efterfølgende antal uger i beskæftigelse samme år. I modellens koefficienter udtrykkes en sammenhæng mellem deltagelse i *Quick Care Fysioterapi* og en højere beskæftigelsesfrekvens (11,9 uger), ligesom der ses en tendens til en højere beskæftigelsesfrekvens ved deltagelse i *Almen Virksomhedspraktik* (7,6 uger). Det aflæses at denne sammenhæng er signifikant, målt ved signifikansniveauet  $p < 0,05$ . Resultaterne skal tolkes i sammenligning med referencegruppen *Vejledning og opkvalificering* og i lyset af den tidligere påviste forskel i indsatsgruppernes tidligere beskæftigelsesgrad, hvor gruppen *Quick Care Fysioterapi* gennemsnitligt havde 3,5 uges beskæftigelse mere end gruppen *Vejledning og opkvalificering* (jf. Tabel 6.3) Koefficientens størrelse antyder dog sandsynlighed for en faktisk effekt, snarere end alene et udtryk for selektion mellem grupperne.

Modellen understøtter således de programteoretiske antagelser om, at deltagelse i de aktiviteter, som er forbundet med *Quick Cares* fysioterapeutiske træningstilbud,

hænger sammen med en øget sandsynlighed for efterfølgende raskmelding eller lønnet beskæftigelse. Ligeledes understøtter modellen formodningen om en positiv sammenhæng mellem deltagelse i virksomhedsrettede tilbud generelt og de samme outcomeparametre. Modellens forklaringskraft udtrykkes ved  $R^2$ , som i denne sammenhæng er højere end ved den foregående model (0.512), hvilket i en lineær model tolkes således, at den uafhængige variabel om indsatsstype kan forklare godt halvdelen af den variation der ses på antallet af uger en borger har været i beskæftigelse i året efter indsats. Dog må det bemærkes, at  $R^2$  nyder begrænsninger i forhold til at udtrykke modellens kvalitet, fordi værdien påvirkes såvel af spredningen i  $x$ -værdierne som af stigninger i modelkompleksitet.<sup>38</sup>

Modellens estimater udtrykker desuden, at en række baggrundsvariable synes at indvirke på sammenhængen mellem indsatsvariablen og de afhængige variable. I lighed med analysen af effekt på efterfølgende sygemelding, ses det i tabellen, at beskæftigelse i året før indsats øger antallet af uger i beskæftigelse efter indsats, og at denne indflydelse jævnfør de standardiserede koefficienter er markant, sammenholdt med de andre variable i modellen. En smule overraskende ses det dog samtidig, at sygemelding året før indsats, synes at have positiv indflydelse på uger i beskæftigelse efter indsats. I modellen er derfor tilføjet en yderligere variabel, som udtrykker en borgers forbrug af sundhedsydelse i året før indsats. Variablen dækker over en samkodning af variable omkring lægebesøg hos egen læge eller speciallæger, indlæggelser på almindeligt eller psykiatrisk hospital, samt henvisninger til fysio- og ergoterapeut. Samlet set operationaliseres variablen omkring Sundhedsydelse 2009 således som en indikator for en borgers helbredstilstand forud for indsatsen. Det aflæses i modellen, at et højere forbrug af sundhedsydelse året før indsats, indvirker negativt på beskæftigelsesgraden post indsats, men at der er tale om en begrænset effekt.

Hverken borgerens alder eller statsborgerskabsstatus synes at øve signifikant indflydelse på indsatsens effekt i den estimerede model. Dette står i kontrast til estimaterne fra tabel 6.5. Borgerens uddannelsesniveau er tilføjet i den tilpassede model, som en kategorisk skalavariabel der inddeler borgerne i 5 uddannelseskategorier baseret på niveau. Estimaterne i tabel 6.5 aflæses således, at et højere uddannelsesniveau korrelerer med efterfølgende højere beskæftigelsesgrad.

---

<sup>38</sup> Når forholdet i spredningen af  $x$ -værdierne ændrer sig, eller når en model tilføjes flere forklarende variable, ses en tendens til at  $R^2$  påvirkes (Field, 2012).

Modellens analyser er gentaget for 1. kvartal 2010 og resultaterne af denne understøtter den ovenstående analyse.<sup>39</sup>

I den forudgående analyse har fokus været på, at måle effekterne af forskellige indsattstyper, på to forklarende outcome-mål bestående af efterfølgende antal uger på sygedagpenge og antal uger i lønnet beskæftigelse. Disse afhængige variable er operationaliserede udtryk af de resultater, som blev præsenteret i indsattsernes programteorier – altså antagelser om, hvad indsattsernes aktiviteter forventes at ville føre til for målgruppen. I den følgende del af analysen efterprøves det videre, hvilke delmål der er relevante for en forståelse af indsattsernes effekter. Delmålene er operationaliserede fra programteoriens delmål om, hvilke faktorer der forventes at kunne medvirke til de endelige resultater i form af raskmelding og selvforsørgelse.

### 6.3.2. DELMÅL OG LANGSIGTEDE EFFEKTER

Når de centrale antagelser i programteoriene for indsattserne genbesøges, ses en række led i den logiske model, som ligger forud for slutresultaterne. Vi anskuer med andre ord en række delmål, som antages at påvirke, hvorvidt en borger igennem aktiviteterne i en indsats bliver i stand til at nå de endelige mål om raskmelding og selvforsørgelse. Den følgende del af analysen forfølger idéen om disse delmål som indikator for mere kortsigtede effekter af en indsats, ved at operationalisere en række indikatorer for udvalgte delmål og gøre disse til afhængige variable i en regressionsmodel, som følger samme modelsøgning og fremgangsmåde som i afsnit 6.3.1. Det forventes, at en analyse af delmålenes betydning kan give indsigt i andre afledte effekter af indsattserne, end alene effekterne på efterfølgende sygdom og beskæftigelse.

Baseret på de programteoretiske antagelser forventes en sammenhæng mellem deltagelsen i *Quick Care Fysioterapi* og et lavere forbrug af sundhedsydelse i det resterende år efter indsats. Dette fordi indsattsernes aktiviteter og de antagne mekanismer om et fysiologisk og psykologisk respons, en øget indsigt i sammenhængen mellem træning og arbejde, samt øget træningstilvænnning og -mestring forventes at medføre en forbedret sundhedstilstand og derigennem mindske behovet for sundhedsydelse. En lignende sammenhæng med dette specifikke delmål

---

<sup>39</sup> Den fulde model for dette nedslag er præsenteret i bilag 5.4.



forventes ikke ifølge programteorien direkte at gøre sig gældende for borgere i virksomhedspraktik. Indsatsstypen inddrages dog i modellen ud af nysgerrighed, for at afprøve en eventuel sammenhæng, fordi der jf. den tidligere kortlægning af anvendelsen af tilbud på området er tegn på, at også virksomhedspraktik i høj grad anvendes ud fra forventninger om, at medvirke til at bedre borgerens helbredssituation.

Til brug for estimeringen af modellen udvælges en række indikatorer for delmål, der relateres til indsatsernes programteori. Disse indikatorer omhandler borgerens helbredstilstand, og anskues via afhængige variable der udtrykker forbrug af lægemidler, antal lægebesøg og antal henvisninger til psykolog og fysioterapeut i sundhedssektoren.

Der gennemføres en række modelsøgninger, som inkluderer de variable, der viser sig relevante i form af signifikante sammenhænge med outcome-variablene, der repræsenterer de nævnte delmål. Indledningsvis efterprøves sammenhængen mellem deltagelse i tilbud om *Quick Care Fysioterapi* og to respektive outcomemål i form af antal lægebesøg og henvisninger til psykologhjælp i den resterende del af indsatsåret. Tolkningen af koefficienterne i de bedst tilpassede modeller peger på, at deltagelse i *Quick Care Fysioterapi* hænger sammen med færre lægebesøg og med færre henvisninger til psykolog i den resterende del af året for indsats. En lignende positiv sammenhæng ses mellem deltagelse i både *Quick Care Virksomhedspraktik* og *Almen Virksomhedspraktik*, og når delmålene drejer sig om antal besøg hos egen læge og ved psykolog.<sup>40</sup>

I kontrast til disse positive sammenhænge mellem indsatser og helbredsmæssige indikatorer for opfyldelsen af delmål, viser de videre analyser dog samtidig, at borgere, som har deltaget i *Quick Care Fysioterapi* og i tilbud om *Almen Virksomhedspraktik* for begge grupper øger forbruget af lægemidler i den resterende del af året efter indsats. Sammenhængen for sidstnævnte gruppe er dog ikke signifikant. Dette er illustreret i den følgende tabel 6.6., som efter en trinvis modelsøgning, tager udgangspunkt i den bedst tilpassede model for sammenhængen mellem indsatsvariabel og efterfølgende brug af lægemidler.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Modellen for sammenhængen mellem indsatsstype og antal lægebesøg er placeret i bilag 5.5.

<sup>41</sup> Den fulde model for tabel 6.6 kan ses under bilag 5.6.

Tabel 6.6: Estimeret sammenhæng mellem indsats og efterfølgende lægemiddelforbrug.

Koefficienter (n=13901)				R <sup>2</sup> = 0,475
Variabel	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	Sig.
	B	Std. Error	Beta	
(Konstant)	-3,950	,657		,000*
Statsborgerskab	-2,190	,264	-,064	,000*
Uddannelsesgruppe	-,131	,065	-,016	,043*
Sundhedsydelse 2010	,276	,003	,669	,000*
Aldersgruppe	2,135	,178	,092	,000*
Sygedagpenge 2009	,045	,009	,044	,000*
Beskæftigelse 2009	,009	,006	,014	,115
QC Fysioterapi	2,793	,598	,038	,000*
Restgruppe	,839	,275	,029	,002*
Almen Virksomhedspraktik	,250	,441	,005	,571
a. Afhængig variabel: Antal lægemidler 2010				
b. Referencegruppe: Vejledning og opkvalificering				
c. Signifikansniveau: $p \leq 0,05$ . Signifikante værdier er markeret med *				

Af koefficienterne i tabel 6.6. tolkes de forskellige indsatstypers sammenhæng med den afhængige variabel, en samkodet variabel for lægemiddelforbrug i år 2010. *Vejledning og Opkvalificering* er igen sat som referencegruppe og tallene aflæses således fortsat i relation til sammenhængene for denne gruppe. De ustandardiserede koefficienter udtrykker det gennemsnitlige forbrug af lægemidler efter indsats, *sammenlignet* med referencegruppen og de standardiserede koefficienter angiver hvilke parametre som er af størst betydning.

Således aflæses, at borgere i indsatsen *Quick Care Fysioterapi* oplever et højere gennemsnitligt medicinforbrug efter indsats, sammenholdt med referencegruppen. Det aflæses at denne sammenhæng er signifikant, målt ved signifikansniveauet  $p < 0,05$ . Sammenhængens betydning er tvetydig, da eksempelvis korrekt behandling på den ene side forventeligt kan lede til bedre diagnosticering, og et deraf følgende højere medicinforbrug, eller at deltagelse i indsatsaktiviteterne nødvendiggør mere medicinsk understøttelse af borgeren for at opretholde det påkrævede funktionsniveau. Det er

særlig interessant, når der i tolkningen af resultaterne tages højde for, at referencegruppen *Vejledning og Opkvalificering* havde et gennemsnitligt højere forbrug af sundhedsydelse forud for indsatsen (jf. tabel 6.3) og således ellers umiddelbart tyder på at have et gennemsnitligt dårligere helbred. Analysen af delmål for indsatserne i relation til en række helbredsindikatorer er således ikke entydig, idet der på den ene side kan påvises en positiv sammenhæng mellem deltagelse *Quick Care Fysioterapi* og *Almen Virksomhedspraktik* og så antallet af læge- og psykologbesøg, mens der på den anden side ses indikatorer på at deltagelse i tilbuddene øger borgernes forbrug af lægemidler.

Koblingen af flere datakilder i det anvendte datasæt giver i tillæg til undersøgelsen af helbredsmæssige delmål en mulighed for at belyse sammenhængen mellem indsatserne og deres mere langsigtede effekter. Dette fordi datasættets oplysninger strækker frem til 2014, og dermed op til fire år efter indsatsen. Derfor er der i afhandlingen gennemført endnu en analyse, hvor outcomevariablen ændres til at dække først antallet af uger på sygedagpenge, og derpå antallet af uger i lønnet beskæftigelse, men denne gang med nedslag henholdsvis to og fire år efter indsatsen. Modellerne tilpasses i lighed med de øvrige modeller, og undersøges for de grundlæggende antagelser for lineær regression (Helbæk, 2012). Tolkningen i denne del af analysen er imidlertid kompliceret. Deltagelse i gruppen *Vejledning og Opkvalificering* vælges igen som referencekategori. De estimerede modeller viser en tvetydig sammenhæng mellem deltagelse i de forskellige tilbudstyper og de valgte outcomes to eller fire år efter indsats.<sup>42</sup>

Gennemgående er der tale om, at data mister sin evne til at forudsige signifikante sammenhænge, en problematik, som er gældende for alle indsatsgrupper, når de holdes op mod referencegruppen *Vejledning og Opkvalificering*. Når vi ser på eksempelvis sammenhænge mellem indsatstype og modtagelse af sygedagpenge i 2014, altså fire år efter indsatsen, angiver koefficienterne blot en lille sammenhæng mellem deltagelse i *Quick Care Fysioterapi* og en enkelt uge mere på sygedagpenge (1,29 uge), mens deltagelse i virksomhedspraktik generelt synes at været forbundet med færre uger på sygedagpenge (-0,52 uge). Korrelationerne er dog knapt signifikante, eller slet ikke signifikante, for grupperne. Således er resultaterne af de modeller, som forsøger at forudsige sammenhænge mellem deltagelse i indsatser og de mere langsigtede effektmål ikke entydige. Uklarheden kan have rod i flere årsager.

---

<sup>42</sup> For den fulde model henvises til bilag 5.7.

En mulighed er, at datasættet ikke rummer tilstrækkeligt med detaljer til denne forudsigtelse, fordi det eksempelvis ikke er muligt at supplere analyserne med inddragelse af en tilstrækkelig delmålsanalyse. For at efterprøve dette blev der i afhandlingen forsøgsvis testet for langsigtet forbrug af sundhedsydelse i form af antallet af lægebesøg to år efter indsatstidspunkt. Resultaterne viste en række lignende tab af effekter i årene efter indsats, hvor eneste signifikante sammenhæng synes at være en øgning i antal lægebesøg for gruppen under Quick Care Fysioterapi. Resultaterne var præget af en manglende lineær sammenhæng mellem variablene, insignifikante værdier og manglende normalfordeling af residualerne og således opfyldes ikke tilstrækkeligt antagelserne bag anvendelsen af lineær regression (Helbæk, 2012), hvorfor anvendeligheden af modellen vurderes begrænset.<sup>43</sup>

En anden mulighed er, at eventuelle effekter af deltagelse i rehabiliterende beskæftigelsesrettede tilbud udvandes over tid, således at deltagelse i eksempelvis træning eller virksomhedspraktik ikke signifikant påvirker en borgers senere arbejdsmarkedsdeltagelse eller sygemelding. Denne udfordring har tidligere vist sig problematisk i forskningen på området (Bredgaard et al., 2011) og vil derfor senere i analysen blive diskuteret i lyset af potentielle fordele ved at tilrettelægge længerevarende og mere håndholdt indsats, som ikke nødvendigvis slipper borgerne, når en indsats har konstaterede positive virkninger. Som det blev præsenteret i det teoretiske afsæt under kapitel 2, iagttages rehabilitering af flere centrale aktører i lyset af en midlertidighed. Dette er en forståelse, som synes at gå igen i frontlinjemedarbejdernes udsagn, ikke mindst fordi indsatserne lovgivningsmæssigt og økonomisk reguleres via incitamenter til alene at arbejde med borgerens arbejdsevne, når denne er tilstrækkeligt kompromitteret til at medføre sygedagpenge. Rehabiliteringen og de aktive tilbud iværksættes alene, når borgerens tilstand og lidelse medfører tab af arbejdsevne, og indsatserne stopper, når problemerne vurderes afhjulpne, og borgeren er i stand til at vende tilbage til arbejde eller A-kasse.

Efter i det foregående at have gennemført en analyse af en række forskellige effektspørgsmål, etableret med udgangspunkt i programteoriene for sygedagpengeindsatsen og dennes eksplicite kort- og langsigtede målsætninger, går følgende afsnit i dybden med spørgsmålene om, hvilke borgere der har særlig gavn af indsatserne hos Quick Care, henholdsvis fysioterapi og virksomhedspraktik.

---

<sup>43</sup> Se den fulde model under bilag 5.8.

Temaet om forskellige delmålgrupper og forskelligt udbytte er berørt i det netop afsluttede afsnit i form af de forskellige parametre, som ifølge effektanalysen påvirker sammenhængen mellem indsatsstype og resultater. I de programteoretiske antagelser fra kapitel 4 blev ligeledes præsenteret en række forventninger til, at en række forhold omkring borgeren og situationen omkring sygemelding, ville influere på udbyttet af indsatserne. Eksempler fra såvel programteori som i de hidtidige kvantitative analyser antyder, at dels en række baggrundsvariable (fx uddannelse, alder og statsborgerskab), variable omkring sundhed og sygdomskarakter, samt variable omkring arbejdsmarkedstilknytning, kan have en betydning for den enkeltes mulighed for at opnå virkninger af indsatsen. Dette korresponderer med forståelsen af en heterogen sammensat målgruppe, hvor det hidtil har været vanskeligt at påpege, hvilke indsatser som virker for hvilke borgere. Den manglende viden og de hidtidige indikationer af en række faktorerets betydning, står i kontrast til erkendelsen af, at der i mange kommuner tenderes til en vis ensartning af de tilbud, som borgerne visiteres til på tværs af den brede målgruppe (jf. afsnit 6.2.2).

Det følgende afsnit dykker derfor nærmere ned i, hvordan forskellige undergrupper af borgere, synes at drage forskelligt udbytte af indsatstyperne og hvorfor. Formålet er at nuancere og forklare, hvordan nogle borgere ifølge dem selv og de fagprofessionelle i frontlinjen, synes at drage mere udbytte af indsatserne, end andre. Ambitionen er at skabe viden, som kan inddrages i praksis og overvejelser om forskellige tilgange til arbejdet med forskellige undergrupper af de sygemeldte borgere i kategori 2.

### **6.3.3 FORSKELLIGE BORGERE, FORSKELLIGT UDBYTTE**

Programteoriene repræsenterer antagelser om, at borgere i målgruppen for indsatserne præges af forskellige karakteristika, herunder forskelle i årsagen til sygemelding, forskelle i arbejdsgivertilknytning, samt forskelle i sygehistorik og arbejdsidentitet, som forventes at øve indflydelse på borgernes udbytte af indsatserne. Dette er således de karakteristika, som følgende afsnit vil behandle i forhold til at komme nærmere en forståelse af, hvordan disse karakteristika påvirker borgerens udbytte af indsatserne. De kvalitative borger- og frontlinjeinterviews skaber tilsammen en forståelse af, hvem borgerne i målgruppen er og hvad der kendetegner deres situation og behov. Dette med henblik på at kunne diskutere, for hvem indsatserne vurderes meningsfulde og virksomme. Interviewene med frontlinjen har belyst erfaringerne med, hvilke indsatstyper der virker over for hvilke borgere i målgruppen,

mens borgerinterviewene i højere grad har interesseret sig for borgernes egne fortællinger om, hvad der har virket for dem, i forhold til at rykke nærmere arbejdsmarkedet. De kvalitative interviews tegner tilsammen et billede af en bred, internt divergerende målgruppe. Borgernes situation karakteriseres af forskellige sygdomsproblematikker og forskellige personlige baggrunde, både uddannelsesmæssigt, erhvervmæssigt og socialøkonomisk.

Hvis vi indledende ser nærmere på årsagen til borgernes sygemelding og den betydning, denne årsag tillægges i indsatsen, viser empirien at både fysioterapeutisk træning og virksomhedspraktik anvendes til borgergruppen, hvad enten årsagen til sygemelding har rod i psykiske eller fysiske problematikker. På tværs af de fagprofessionelle grupper udtrykkes en opfattelse af, at både fysiske som psykiske problematikker kan adresseres igennem både fysioterapeutisk træning og virksomhedspraktik og at begge indsats typer kan rykke borgerne tættere på beskæftigelse. En illustration af dette findes i følgende uddrag fra et fokusgruppeinterview i Silkeborg Jobcenter:

*Interviewer: Er det meningsfyldt ved alle typer lidelser, at bruge fysisk træning? Altså, jeg ved, at der kan være fysiske begrænsninger, men bruger I fysisk genoptræning både til fysiske og psykiske lidelser?*

*Sagsbehandler A: Ja, det kan vi sagtens.*

*Interviewer: Så tanken om, hvad dét kan, den er bred. Det er ikke kun den fysiologiske genoptræning af eksempelvis en skulder, det kan også være ... hvordan kan det afhjælpe en stressramt, for eksempel?*

*Sagsbehandler A: Jamen, der er jo evidens for, at motion giver mere energi og mere overskud, så derfor er det jo en oplagt mulighed at starte ud med, når der er en virksomhedspraktik på vej.*

*Interviewer: Så det kan være sådan en forløber?*

*Sagsbehandler A: Det kan være en forløber, og det kan køres parallelt også.*

*Sagsbehandler B: Men med stressramte, skal man jo passe lidt på, for der kan det også have den modsatte effekt... det ved jeg ikke.*

Selvom ovenstående citat vægter, at træningsindsatser kan anvendes til alle lidelsesformer og nogle gange som en forløber for en virksomhedspraktik, spores dog

også en ambivalens omkring anvendelsen af træning til stressramte. Det kommer flere steder til udtryk på frontlinjeniveau, at man til tider opfatter sygedagpengeforløb med rod i psykiske problematikker, som vanskelige at håndtere. Dette kædes sammen med mindre viden om, hvor meget man kan tillade sig at stille krav til borgerne, og en manglende mulighed for at henvise disse borgere til eksempelvis psykologbehandling, selvom det ofte netop er dette, sagsbehandlerne vurderer, at der er behov for.

De lægelige vurderinger synes nemmere at anvende i sagsarbejdet, når de drejer sig om fysiske lidelser, så længe disse inddrager anerkendte diagnoser eller afklaring, og derved muliggør en behandlingsplan inden for en relativt afgrænset og fastlagt tidshorisont. Disse resultater fra det kvalitative interviewdata ligger på linje med de fund, som gøres af Mik-Meyer, Christensen & Johansen (2009) i deres arbejde med diffuse lidelser og kontakten til beskæftigelsesystemet. Her beskrives det, hvordan manglende klarhed er svær for jobcentrene at håndtere, grundet de lovgivningsmæssige dokumentationskrav på beskæftigelsesområdet. Sygdomsforløb grundet psykiske lidelser er ofte mere præget af netop en usikkerhed, som er svær at håndtere, udrede og dokumentere i sagsarbejdet i jobcentrene. De diffuse og psykiske problematikker er særligt udbredte blandt kvindelige sygedagpengemodtagere, vurderer forfatterne ovenfor, og denne kønnede opfattelse bakkes op i de empiriske interview med frontlinjemedarbejderne i denne afhandling. Gruppen af sygemeldte med psykiske lidelser vurderes særligt sårbare, og til tider vanskelige at håndtere inden for den normale ramme af sagsbehandling. I særdeleshed i de tilfælde hvor borgerens arbejdsidentitet og motivation for deltagelse i arbejdsrettet aktivitet opleves som begrænset.

Statistisk ses det, at kvinder udgør godt 60 % af de sygemeldte i kategori 2 i 2016 (KMD, 2017). Af afhandlingens registerdata fremgår det, at knapt 10 % af de sygemeldte i indsatsåret var enten indlagt på et psykiatrisk hospital, modtog receptpligtig psykofarmaka eller blev henvist til en psykolog. Andelen af borgere i kategorien som lider under psykiske problematikker anslås dog at være væsentligt højere, idet der ofte er tale om udiagnosticerede problemer, eller problemer som der ikke registreres behandling for under ovenstående parametre.

De gennemførte effektmålinger fra forrige afsnit indikerer, at det at have en psykisk lidelse kan have betydning for virkningerne af indsatserne, i forhold til effekterne på efterfølgende sygdom og beskæftigelse. Sammenlagt tegnes således et billede af, at målgruppens borgere med psykiske lidelser, herunder stress, angst og

depressionsproblematikker, både vurderes sværere at håndtere blandt de professionelle faggrupper, og samtidig synes at have mindre effekt af de indsatser, som ellers er virksomme, om end effekter stadig kan identificeres. Dertil kommer en sandsynlighed for, at denne problematik er kønsmæssigt ulige fordelt, idet flere kvinder i målgruppen lider af psykiske problemstillinger.

Et andet potentielt opdelingspunkt i målgruppens udbytte af indsatserne, er borgernes tilknytning til en arbejdsgiver på tidspunktet for sygemelding. Der sondres altså her mellem de borgere, som er ansat i en lønmodtagerstilling ved sygemeldingstidspunktet, kontra de som befinder sig i A-kasse-regi. Arbejdsgivertilknytningen udtrykkes af frontlinjemedarbejderne flere steder, som afgørende for borgerens motivation og i forlængelse heraf også vedkommendes arbejdsidentitet.

*"Altså der er forskel, for hvis de har et arbejde, så skal vi jo hjælpe med til at de kan fastholde det, få dem motiveret for at starte det, inden de stopper, holde god kontakt med deres ledere, komme ud og drikke kaffe en gang imellem, så de ikke isolerer sig helt fra dem, for så er det svært at komme tilbage. Det kan vi jo ikke gøre med dem i A-kasserne."*

(Sagsbehandler B, Holbæk)

Tilknytningen til en arbejdsgiver udtrykkes af både borgere og frontlinjemedarbejdere som værende af betydning, idet det afkorter vejen tilbage til beskæftigelse, at der allerede eksisterer et arbejdsgiverforhold, som optimalt set søges genoptaget. De kvalitative analyser gav opbakning til en relateret skelnen mellem borgere i målgruppen med og uden arbejdsgiver, på den måde at forstå at jo stærkere arbejdsmarkedshistorik forud for indsatsen, jo større udbytte synes borgeren at have af aktiviteterne.

Erfaringen med et fordelagtigt udbytte af en borgers arbejdsgivertilknytning udfordres dog også, eksempelvis når det er arbejdsgiver eller andre faktorer på arbejdspladsen, som er en medvirkende årsag til sygemeldingen grundet overbelastning. Her giver sagsbehandlerne udtryk for, at man går i dialog med borgeren om, hvorvidt denne ønsker en tilbagevenden til det konkrete sted, eller om vedkommende snarere nærer ønske om et jobskifte. Det berettes også, at man har mulighed for at inddrage de faglige organisationer i disse tilfælde, hvor dette er relevant, og at man ikke nødvendigvis forsøger at skubbe borgeren tilbage til det arbejde, som var medvirkende



årsag til sygemeldingen.

På den ene side tegnes således et billede af, at borgerne i den del af målgruppen, som har tilknytning til en arbejdsgiver nyder en fordel, med mindre denne arbejdsgiver er en del af årsagen til sygemelding. Samtidig har vi set, at borgere med psykiske lidelser synes særligt svære at hjælpe igennem de aktive indsatser. Hvis vi ser nærmere på borgernes egne fortællinger om deres sygdomsforløb, og zoomer ind på de borgerfortællinger, som handler om psykiske belastningsreaktioner i form af stress, kompliceres billedet yderligere af, at det sjældent er arbejdslivsmæssige faktorer alene, som er den udløsende årsag til sygemeldingen.

*"Det er ligesom langsomt kommet snigende på én gang. Der var også noget i privatlivet, jeg var flyttet fra min mand, men vi er så flyttet sammen igen. Men der var sket nogle ting som faldt i hak. Og tænkte jeg, jeg skal bare hænge i til sommerferien, så var der jo ferie og så bliver alt godt. Og så var det ligesom om da jeg så fik ferie, så sagde det "bang!" og så væltede det bare. [...] Selve arbejdspladsen, den ændrede sig også, for pludselig kommer skolereformen og vi ved faktisk ikke, hvad vi skal, andet end at vi skal møde op [...] og vores leder har sagt op på det tidspunkt [...] Der er så kommet en ny leder, som vi ikke kender, og der er en masse uro på arbejdspladsen."*

(Borger B, Helsingør)

Indholdet i ovenstående citat genkendes af de forskellige frontlinjef professionelle, som peger på, at der ofte er tale om en kædereaktion af forskellige hændelser i borgerens liv, herunder blandt andet deres socialliv, arbejdsliv og økonomi, som tilsammen påvirker hinanden og kan medvirke til at udløse en patologisk reaktion. Analyserne understreger, at sygemeldte borgers liv naturligvis udspiller sig over tid og i forskellige relationer, og at der således er en række individuelle omstændigheder i borgerens samlede liv, som øver indflydelse på deres tilstand og derigennem også på, hvor stort udbytte de har af indsatsen. Borgeren bevæger sig i forskellige betydningsfulde felter, herunder arbejdet, familien, sundhed, venner, og frivillige engagementer, som gensidigt påvirker hinanden.

Der er således mange forskellige steder hvor læsset kan vælte, og empirien tyder på, at problemer ét eller flere steder påvirker relationer og mestringsevne andre steder, hvilket bevirker, at borgerne i forskellige livsperioder er mere eller mindre sårbare over for belastninger i arbejdslivet. Denne bevidsthed i praksis skinner tydeligt igennem i sagsbehandlervisningerne, når man forholder sig til årsagerne bag borgernes

sygemelding. Det står dog ligeledes klart, at sygedagpengesystem og -lovgivning ikke er indrettet til at lade denne helhedsforståelse udfoldes i praksis. Sagsbehandlingsarbejdet er underlagt reguleringer, som i nogen grad besværliggør omsætningen af det samlede blik for borgerens sygdomsårsag. Eksempelvis er det forudsætning for modtagelse af sygedagpengeydelsen, at borgeren er sygemeldt grundet egen sygdom, hvorfor mange af de andre årsagsforklaringer, reelle som de ellers måtte være, ikke er *anvendelige* i et sagsforløb, som argumentation for fortsat sygemelding. Dette selvom en række individuelle forhold omkring borgeren, herunder årsagerne bag stressbelastninger, synes at begrænse virkninger af en rehabiliterende indsats. Disse temaer diskuteres videre i de efterfølgende analyseafsnit 6.4.1 og 6.4.2, som omhandler netop indsatsernes betingende omstændigheder på såvel individuelt som systemisk niveau.

Når blikket vendes tilbage mod de forskellige undergruppers udbytte af forskellige typer af rehabiliterende beskæftigelsestilbud, noteres det igennem arbejdet med det kvalitative data, at langvarige og gentagne sygdomsforløb vurderes svære at håndtere for sagsbehandlere. Dette kobles til en række forskellige forklaringer, herunder at borgere med sekventielle sygemeldinger ofte tegner sig for et kompliceret sygdomsbillede med mange forskellige lidelsesformer, ligesom der synes begrænsede muligheder for vedvarende at sikre borgerens motivation og arbejdsidentitet igennem et arbejdsliv præget af fortløbende afbrydelser. Således bliver sygdomshistorik og tidligere fravær fra arbejdsmarkedet en faktor i vurderingen af relevante undergrupper i den samlede målgruppe.

I afhandlingens effektmåling blev det demonstreret i relation hertil, hvordan tidligere sygdomshistorik havde en begrænsende virkning på effekterne af borgerens deltagelse i et tilbud. For begge tilbudstyper synes det at påvirke effekterne på efterfølgende beskæftigelse og antal uger på sygedagpenge, hvor længe borgeren har været sygemeldt i året før indsatsen blev iværksat. Således bliver borgerens tidligere sygdomsforløb en faktor, som synes at begrænse virkningerne af de aktive tilbud. Ud over en forståelse af, at gentagende sygdom og fravær fra arbejdsmarkedet kan være udtryk for mere problematiske og komplekse sygdomstilstande, som begrænser muligheden for at afhjælpe sygdommen gennem enkelte indsatser, kan forskellene også til dels nuanceres teoretisk ved brug af Mik-Meyer, Christensen & Johansen (2009) og deres forskning og arbejde med begrebet om *klientstrategier*. Her peger forfatterne på, at jo længere og mere komplekst et sygemeldingsforløb er, jo større er sandsynligheden for, at sygdomsidentiteten får en dominerende plads hos den

enkelte. Dette har betydning for den sygemeldtes selvopfattede mulighed for at se sig selv vende tilbage til arbejdsmarkedet, ligesom det påvirker sagsbehandlernes opfattelser af borgeren.

Udfordringen med borgere for hvem gentagende sygemeldinger præger samarbejdet med frontlinjemedarbejderne angives desuden at være skærpet i kølvandet på reformændringerne fra 2014. Frontlinjemedarbejderne angiver flere steder det vanskelige i at gennemarbejde disse til tider mere komplekse sager, i lyset af det fremskudte revurderingstidspunkt; et tema som derfor bringes på banen igen under analyseafsnit 6.4.2.

Opsummerende har dette afsnit påpeget, at både fysioterapeutiske træningsforløb og tilbud om virksomhedspraktik principielt praktiseres for alle borgere i målgruppen, trods denne gruppes heterogene sammensætning. Der tegner sig et billede af, at borgere som er sygemeldt med psykiske problematikker, vurderes sværere at håndtere i sagsarbejdet, ikke mindst fordi de lægelige vurderinger ofte er mere uklare og fordi sagsarbejdet kombineres med en usikkerhed om, hvilke krav man i indsatsen kan stille til borgerne. Dette kan have betydning for de virkninger, som borgerne erfare at opleve som følge af tilbuddene. De borgere, som påvirkes af psykiske problematikker, angiver at belastningsreaktionen ofte har rod i flere forskellige aspekter og felter af deres samlede liv. I sagsbehandlingsarbejdet ses primært et rum til at fokusere på beskæftigelsesaspektet, med begrænsede muligheder for inddragelse af disse andre aspekter, trods sagsbehandlernes anerkendelse af disses betydning for borgerens tilstand. At have tilknytning til en arbejdsgiver angives også flere steder at have betydning for borgerens mulighed for at nyde resultater af en aktiv indsats, ligesom det angives at øve generelt indflydelse på borgernes motivationsniveau og arbejdsidentitet. Undtagelsen for denne sammenhæng synes dog at være de sager, hvor borgerens arbejdsgiver er medvirkende årsag til sygemeldingen. Sidst men ikke mindst har afsnittet behandlet betydningen af borgerens sygdomshistorik, som synes at medvirke til et begrænset udbytte af de aktive indsatser. Sekventielle sygdomsforløb opleves som vanskelige at udrede og afhjælpe under tidsafgrænsede indsatser inden for rammerne af en 26 uger lang sygedagpengeperiode.

Denne første del af analyseafsnittet anskueliggjorde, hvordan det er muligt at estimere de forskellige indsatstypers effekter for borgerne efterfølgende, og hjalp derved med at efterprøve den del af programteorien, der handler om hvad der virker, samt

anskuelig gøre en skelnen imellem forskellige undergrupper i den heterogent sammensatte målgruppe for indsatserne. Effektmålingen af register- og survey-data pegede på en sammenhæng mellem deltagelse i Quick Cares tilbud om fysioterapi og en generel deltagelse i tilbud om virksomhedspraktik, og følgende kortere tid på sygedagpenge og længere tid i beskæftigelse i året efter indsats. Ligeså ses en sammenhæng mellem borgernes samlede sygdoms- og beskæftigelsehistorik og efterfølgende tid på sygedagpenge. Det var ikke muligt at påvise langsigtede effekter af indsatserne, hvilket anses som en generel udfordring i effektstudier af beskæftigelsesindsatser (Bredgaard et al., 2011).

Som tidligere angivet rækker denne afhandlings interesse videre ud over at belyse alene beskæftigelseseffekter og hvilke delmålgrupper som indsatserne virker for. Dette fordi evalueringen samtidig søger mod at åbne op for en forståelse af, hvilke mekanismer det er, som gør, at de aktiviteter der pågår i de forskellige indsatsgrupper, kobles til forskellige resultater for de forskellige borgere. Derfor tager det følgende og sidste analysetema greb om at efterprøve de mekanismer, som blev defineret i programteoriene under kapitel 4. Afsnittet analyserer, hvorvidt der empirisk kan findes opbakning til antagelserne om, at det skulle være netop disse mekanismer, der er på spil i indsatserne og at det er disse som medvirker til at skabe de virkninger, som de foregående analyseafsnit har påvist i form af effekter på efterfølgende sygemelding og beskæftigelse. Desuden tager analyseafsnittet fat på at definere hvilke omstændigheder på såvel det individuelle som det mere strukturelle plan, der øver indvirkning på hvorvidt mekanismerne i indsatserne aktiveres og medvirker til, at aktiviteterne fører til de antagne resultater.

## 6.4 ANALYSETEMA C: HVORFOR OG HVORNÅR OPSTÅR VIRKNINGERNE?

I dette tredje og sidste analysetema flyttes fokus fra *hvad der virker* i indsatserne, til at se nærmere på den del af forskningsspørgsmålet, der handler om, *hvorfor de virker* og *under hvilke omstændigheder* indsatserne virker. Det er således den sidste del af afhandlingens samlede problemformulering, som behandles under det følgende analysetema – det handler om at forklare, hvilke underliggende mekanismer der synes at koble indsatsernes aktiviteter til de del- og slutmål der tidligere i analysen er påvist, når de to udvalgte indsatser er blevet sammenlignet med en referencegruppe. Dernæst behandles det, hvilke faktorer som medvirker til at moderere mekanismernes indvirken på resultaterne, under en forståelse af at der findes betingelser omkring indsatserne, som medvirker til enten at styrke eller forhindre at mekanismerne kommer til udtryk (Dahler-Larsen, 2013). Afslutningsvis i afsnittet behandles en række betydningsfulde kontekstuelle forhold omkring indsatserne, opdelt på henholdsvis et individ- og et systemisk niveau.

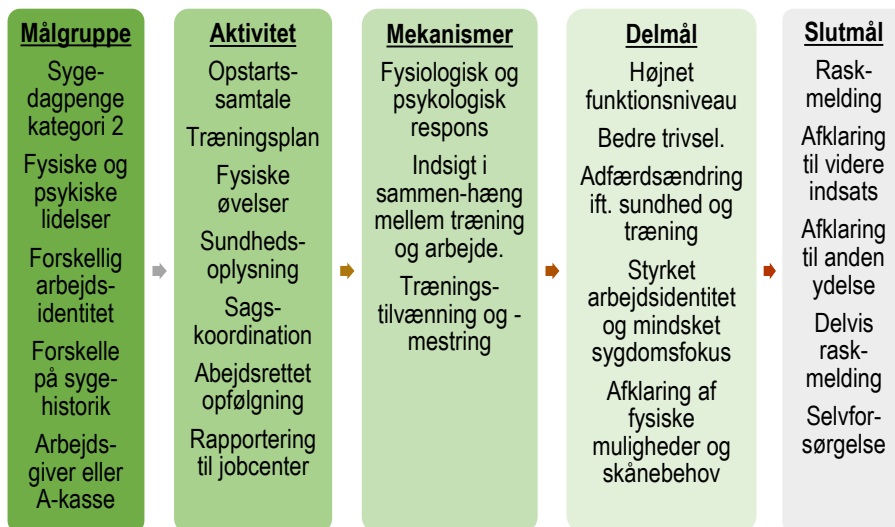
I analysen trækkes på teoretiske perspektiver om sagsbehandlerpositioner og klientstrategier (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009; Jacobi, 2013; Skals, 2016), samt teoretiske perspektiver på borgernes forudsætninger (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009; Jacobi, 2013, Danneris, 2016). Dette skal udfolde betydningen af individuelle faktorer for virkningerne af indsatsernes. I forhold til teoretiske perspektiver på de systembetingende faktorer trækkes på tidligere præsenterede forståelser fra Bredgaard & Larsen, 2005; DSI, 2010; Johansen et al., 2011; Deloitte, 2016; Frahm & Amdrup, 2016. Sidstnævnte har til formål at belyse betydningen af en række organisatoriske vilkår, målsætninger, lovgivningsbestemmelser og samarbejdsformer, alt sammen i henhold til at belyse disse betydninger for virkninger af de udpegede indsatser. Analysetema C har til formål at besvare den sidste del af afhandlingens forskningsspørgsmål, som handler om hvordan vi kan forklare eventuelle virkninger af indsatserne, og hvilke omstændigheder og betingelser der er afgørende for, at de opstår.

## 6.4.1 INDSATSERNES MEKANISMER

Dette sker indledningsvis igennem en efterprøvning af de virksomme mekanismer, som blev identificeret for henholdsvis virksomhedspraktik og fysioterapeutisk træning. Det er analyseafsnittets formål at forfølge forklaringer på, hvorfor disse to indsattstyper synes at vise positive sammenhænge med kortere tid på sygedagpenge og en højere efterfølgende beskæftigelsesgrad, når de sammenlignes med almene tilbud til andre borgere. Dette gøres konkret igennem en struktureret gennemgang af sproglige handlinger i interview og fokusgrupper, hvor centrale mekanismer, moderatorer og kontekstuelle betingelser udpeges og identificeres i citater fra borgere og fagprofessionelle. Programteoriernes antagelser om mekanismer efterprøves samtidig med, at der igennem empirien afprøves andre relevante forklaringer på de observerede effekter af indsatserne for målgruppen, med en potentiel udvikling og forfinelse af programteoriernes forklaringer til følge.

Empirisk tager analysen sit afsæt i rækken af kvalitative interviews gennemført i de tre kommuner, og der arbejdes således mod at identificere indikatorer for tilstedeværelsen af mekanismer, igennem aktørernes egne udsagn herom (Dahler-Larsen, 2013). Det vil i udvalgte citater blive fremhævet, hvorledes analysen mere specifikt er gennemført, ved at markere nedslag i aktørernes udsagn alt efter om disse identificerer målgruppe, målsætninger, aktivitet, mekanismer eller kontekstuelle forhold. Formålet med dette er at gennemsigtiggøre de analytiske trin bag dette afsnit. Indledningsvis genbesøges først og fremmest dog den programteori, som i kapitel 4 blev formuleret for de fysioterapeutiske træningstilbud, for at understrege hvad analysen har til formål at efterprøve.

Figur 4.2: Programteori for fysioterapeutisk træningstilbud.



Programteorien ekspliciterer de centrale aktiviteter i tilbuddene og de mekanismer, som forventes at føre til resultater. Først og fremmest blev der i programteorien defineret en fysiologisk og psykologisk respons, som anskues som en direkte konsekvens af den fysiske træning. Dette primært i form af øget muskelstyrke, genoptræning af skader og udløsning af endorfiner. Der er altså tale om fysiologiske mekanismer, hvis virkninger er underbygget bredt af den fysioterapeutiske grundfaglighed og i forskningslitteraturen (Amlani & Muni, 2014). Antagelserne om disse mekanismers virkninger står centralt blandt de involverede aktører i træningstilbuddet. Selvom det ikke er muligt direkte at estimere mekanismens reelle fysiologiske konsekvenser, er der i interviewene med primært fysioterapeuter og borgere klare indikationer for, at netop den fysiske aktivitet opfattes som bidragende til, at de formulerede del- og slutmål opnås, fordi der forekommer påvirkninger både fysisk og mentalt. Dette anerkendes på tværs af borgergruppen, som deltager i tilbuddet, og kobles til den næste mekanisme i indsatsen, nemlig at en øget indsigt i sammenhængen mellem sundhed, fysisk træning og arbejdsevne befordret af jævnligt gennemført fysisk træning medvirker til, at borgerne foretager adfærsændringer i relation til eksempelvis kostforbedring og generel motion, også uden for tilbuddet. Dette kobles igen til træningstilvænning og mestring som en virksom mekanisme i indsatserne, og som en konsekvens af at den fysiske træning initieres af udefrakommende fagpersoner og tilrettelægges specifikt til at passe til borgerens

situation og muligheder, samt løbende undergår opfølgning og justering. Borgernes erfaringer medvirker på denne måde til at understøtte de antagelser, som programteorien repræsenterer, og derved styrke antagelserne om, hvilke centrale mekanismer, som er på spil i træningsindsatsen.

De mekanismer, som forventeligt fører til, at en borger igennem fysisk træning opnår flere af de definerede del- og slutmål, testes i det følgende. Det kommende citat er en illustration af, hvordan de formulerede mekanismer søges efterprøvet igennem analysen af et fokusgruppeinterview blandt fysioterapeuter. For at anskueliggøre den analytiske fremgangsmåde, er der i citatet indsat sorte anmærkninger i parentes ved de elementer, som har relevans for efterprøvnings af programteorien:

*"Fysisk træning, fysisk aktivitet (aktivitet), om det så er en gåtur ved stranden (aktivitet), eller det er en løbetur ved løbebåndet (aktivitet,) eller det faktum at du løfter vægte (aktivitet), det er bevist at have en positiv effekt (uspecificeret mål). Det er både i forhold til, at det frigiver endorfiner (mekanisme), som hjernen frigiver når vi har gjort noget godt [...] Det er jo hormonelt (mekanisme), det er det der hjælper mange psykiske borgere (målgruppe), den der belønning (moderator). For dem med de mere fysiske skavanker (målgruppe), så har fysisk træning vist sig i alle forskningsresultater, at have en positiv effekt (uspecificeret mål) på rigtig mange ting. Om det så er diskosprolaps, så er rygstabiliserende træning (aktivitet) det, der virker for dem. Hvis det er et overrevet korsbånd, så er det knæstabiliserende træning igennem styrketræning (aktivitet), der virker."*

(Fysioterapeut B, Quick Care Holbæk)

Citatet fra fysioterapeuten understøtter således antagelserne om, hvorfor fysisk træning medfører, at borgerne opnår forandringer, som opfattes som fordelagtige i forhold til deres helbredssituation. Aktiviteterne forventes i den oprindelige programteori, ud over den fysiologiske og mentale respons netop defineret, samtidig at påvirkes af en mekanisme, der handler om træningstilvænnning og -mestring, skabt igennem aktiviteter der omhandler løbende tilpasning og justering af træningsintensitet og belastninger, hvilket bekræftes i interviewet. En anden fysioterapeut under samme fokusgruppeinterview bekræfter, at det vurderes afgørende for borgerens udbytte af træningsaktiviteten, at der ikke køres for hårdt på fra start af, idet enkelte borgere herved ikke oplever at kunne magte træningsopgaven. Derved opnås ikke de ønskede resultater af indsatsen grundet fraværet af mekanismen *tilvænnning og mestring*. Desuden vurderes det afgørende, at fremskridt hele tiden anskues i relation til fremtidig



jobfunktion og arbejdsevne. Således fokuserer de fysioterapeutiske medarbejdere på, at koble den fysiologiske og mentale respons på træningen til borgerens arbejdsevne.

En videre mekanisme fra den oprindelige programteori gik på, at borgerne igennem de tilrettelagte aktiviteter og samtaler med fysioterapeuten, inklusiv generel sundhedsoplysning og træningsplanlægning, påvirkes til en adfærdsændring i forhold til sundhed og træning, som endvidere igen påvirker målene om en forbedret sundhedstilstand. Den virksomme mekanisme som forventeligt binder dette sammen, består af en øget indsigt i relationen mellem netop de fysiske aktiviteter, sundhed og arbejdsliv. Dette efterprøves under et fokusgruppeinterview i træningstilbuddet hos Quick Care Silkeborg, hvor medarbejderne udtrykker følgende erfaring, som understøtter denne programteoretiske antagelse:

**Fysioterapeut A:** *For mange er det en øjenåbner (mekanisme), lige pludseligt at få en ven i kroppen, at få de der redskaber i kroppen til at vide, at når jeg gør sådan med fx et kvarter på løbebåndet (aktivitet), så når jeg derhen (mål), og så får jeg den her stemning, som jeg kan bruge videre.*

**Interviewer:** *Så der er også noget læring (mekanisme) i det, omkring dem [borgerne] selv?*

**Fysioterapeut A:** *Ja, det er lidt ligesom at gå hen til det tøjmærke du nu godt kan lide [...] Du ved, hvad du får her. Altså sådan er der mange, der får det, omkring de her kropslige ting (aktivitet), at de lærer (mekanisme), hvad træningen medfører (mål) og så har de da i hvert fald det håndtag, at tage fat i, hvis de er pressede.*

**Fysioterapeut C:** *Og så oplever mange af dem, at de bliver stærkere (mål) ved at komme de her 2-3 gange om ugen, så skal der ikke ret mange træningsgange til, før de så kommer ud og siger, at de vil have 5 kilo mere på denne her maskine i dag (aktivitet). Og der skal ikke ret meget til, før at de føler succes (mekanisme).*

**Fysioterapeut B:** *Og det er jo også en af grundene til at starte lavere ud (mekanisme), som du siger. At så får de vigtige succeser, som fastholder dem.*

De identificerede mekanismer ved den fysiske træningsindsats, som er udpenslet i citatet ovenfor, vurderes samlet set reelt at fungere som et bindeled mellem de iværksatte aktiviteter og delmål, i form af et generelt højnet fysisk og psykisk funktionsniveau, oplevelsen af bedre trivsel i form af eksempelvis færre smerter og

bedre søvn, samt adfærdsændringer i forhold til sundhed og træning. Det empiriske materiale medvirker således til en styrkelse af de programteoretiske antagelser, som blev formuleret forud for evalueringen som forklaringer på, hvad det er, der medfører, at det udvalgte fysioterapeutiske træningstilbud hjælper borgere tættere på en raskmelding.

Det empiriske materiale bekræfter i øvrigt, at træningstilbuddet og den løbende aktivitet også medfører resultater i kraft af en strukturering af borgerens dagligdag igennem fremmøde og forpligtelse, hvilket erfares at medvirke til delmålene om et højet generelt funktionsniveau, som også er omsætteligt til arbejdslivet. I interviewene kobles denne læring til beskæftigelsesrelevante kompetencer.

Det bemærkes igennem analysen, at flere af de identificerede mekanismer ikke nødvendigvis adskiller sig markant fra mekanismer, som kan være på spil i andre lignende træningstilbud centreret omkring fysisk aktivitet. Trods identifikationen af mekanismerne er der derfor ikke nødvendigvis tale om et bidrag til en nærmere forståelse af, hvorfor netop Quick Cares træningsindsatser synes at være koblet til fordelagtige resultater. Et potentielt forklarende punkt i analyserne går dog på, at der i den udvalgte træningsindsats, ifølge de involverede aktører, løbende fokuseres på en koblingsmekanisme, med rod i indsatsmedarbejdernes blik for, at borgernes resultater af den fysiske træning sammenfattes og omsættes til arbejdsevne og arbejdsmarkedsdeltagelse. Ifølge nogle af de interviewede borgere og professionelle, er der således tale om en markant beskæftigelsesrettet orientering af de fysiske rettede aktiviteter. Den direkte kobling mellem fysisk aktivitet og arbejdsevne spores i interview med borgerne i træningsindsatsen:

*"I fysioterapeuternes optik, giver det meget god mening, for det er jo hele kroppen, der skal genoptrænes. Det er ikke bare knæet jeg skal bruge, når jeg skal tilbage og kunne løfte. Og [...] de første 4 uger er ren udredning, hvor man finder ud af, hvad det er knæet kan holde til, og derefter kan vi begynde at arbejde med knæet, og så kan vi begynde at genopbygge, fordi vi skal slet ikke ud i noget forværring. Der arbejder vi i led og i flekterende øvelser, for jeg skal jo kunne bevæge den tilstrækkeligt."*

Borger F, Holbæk

Af ovenstående ses den løbende kobling mellem træningen og de behov, som borgeren selv udpeger som væsentlige for en tilbagevenden til et eksisterende

arbejde. I interviewet udtrykker borgeren en klar forventning om, at den fysiske træning har til formål at hjælpe med en hurtigere genvindelse af funktionsniveau og derigennem muliggøre en tilbagevenden til arbejdet. Dette uddybes af en faglig koordinator i Helsingør Jobcenter, da vedkommende beskriver, hvilke kompetencer hos frontlinjemedarbejderne i den fysioterapeutiske træningsindsats, vedkommende vurderer virksomme. Ud over den direkte kobling mellem den fysiske aktivitet og borgerens arbejdsevne, ses også et fokus på en kobling der retter sig mod borgerens arbejdsidentitet og -motivation:

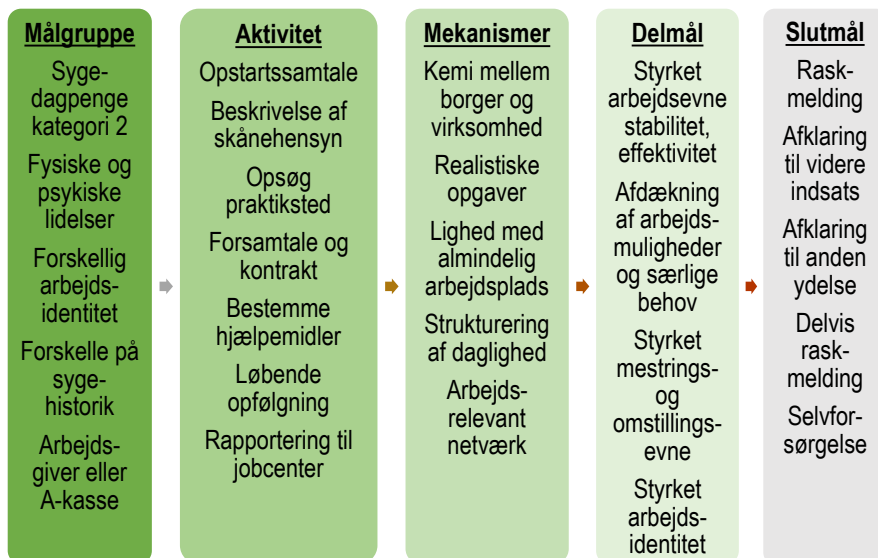
*"De har jo deres åbenlyse kompetence i kraft af, at de er fysioterapeuter og kan finde ud af træningen. Og så har de nogle motiverende samtaler med folk, og så har de også nogle samtaler omkring arbejdsfunktioner. Altså, hvis de har en dårlig ryg, hvad er det så, de skal tage hensyn til, når de skal ud og arbejde videre, altså hvad er det for nogle typer af jobs, de helst skal undgå, hvad er det for typer af funktioner, de kan klare. Altså, der er hele tiden noget sparring i forhold til arbejdsmarkedstilknytningen efterfølgende."*

(Faglig koordinator, Helsingør)

Derfor er det, ud over identificeringen af mekanismerne i sig selv, interessant at se nærmere på, hvilke faktorer der påvirker aktiveringen af disse mekanismer, for at blive klogere på hvilke omstændigheder der modererer mekanismerne i netop Quick Cares indsatser, og som derved kan bidrage til en forståelse af resultaterne af indsatserne. Moderatorene er som bekendt de ting i en given kontekst, som får mekanismerne til at virke (Dahler-Larsen, 2013) og føre til resultater. En nærmere definition af disse modererende omstændigheder følges derfor i analyseafsnit 6.4.2. Inden da efterprøver analysen dog først og fremmest antagelserne om, hvilke mekanismer der er på spil i den anden udvalgte indsatstype hos Quick Care, nemlig tilbuddet om virksomhedspraktik.

Programteorien for virksomhedspraktiktillbuddet er inddraget nedenfor. Her angives de vigtigste aktiviteter som bestående af opstartssamtaler, skånehensynsbeskrivelser, opsøgning af praktiksted og kontraktformulering, bestemmelse af hjælpemidler, en løbende opfølgning med borger og virksomhed, samt løbende afrapportering til jobcenteret.

Figur 4.3: Programteori for virksomhedspraktik.



I programteorien udgøres en central mekanisme for virksomhedspraktikker af den kemi, som etableres mellem borgeren og den pågældende praktikvirksomhed. Balancen i dette forhold mellem borger og virksomhed blev defineret som afgørende for, om tilbuddets aktiviteter succesfuldt fører til de definerede del- og slutmål. Flere steder i litteraturen er dette også betegnet som *det rette match* mellem borger og virksomhed (Bredgaard et al., 2011; Bredgaard & Salado-Rasmussen, 2016), men det har i arbejdet med programteorien hidtil været vanskeligt at konkretisere præcis, hvad dette match bygger på, samt hvorfor det vurderes afgørende for indsatsens succes.

Dette spørgsmål inddrages i et fokusgruppinterview med fire virksomhedskonsulenter hos Quick Care i Silkeborg. Det følgende uddrag fra interviewet berører netop dette aspekt og i uddraget er det i lighed med det foregående udpenslet, hvorledes der analytisk er blevet arbejdet med at udpege de forskellige elementer af programteoriene, herunder interviewpersonernes antagelser om virksomme mekanismer:

**Virksomhedskonsulent B:** Jeg vil sige at det mest afgørende, er at finde det korrekte match (mekanisme). Det er jo sådan ret relevant for, at praktikken ikke skal gå død (mål) [...] Kunsten er ligesom at finde matchet.

**Interviewer:** Hvad kendetegner et godt match?

**Virksomhedskonsulent B:** Det er svært at svare på. Jeg tror det lidt er borgerens historik (målgruppen), borgerens faglige kundskaber (målgruppen) og ... det er svært for mig at svare på ...

[...]

**Virksomhedskonsulent A:** Altså, det er et sted, hvor skånehensynet er bedst opfyldt (mekanisme), borgerne er motiveret for stedet, praktikstedet er motiveret for borgeren, altså kemien (mekanisme), hvis man kan sige det sådan, men også at der er de relevante arbejdsopgaver (mekanisme). Fordi vi kan godt finde et sted, hvor skånehensynet er opfyldt, men så sidder [borgeren] og tænker, 'hvad filan skal jeg lave her?' [...] Der er også noget indhold i det.

**Virksomhedskonsulent D:** Ja, at det giver værdi for begge parter (moderator).

**Virksomhedskonsulent A:** Lige præcis [...] men det vigtigste, det er, at borgeren udvikler sig i praktikstedet (mål), så skal jeg nok tage virksomheden bagefter. Men hvis borgeren siger, det går bare slet ikke det her, så er det ikke et godt match. Det vigtigste er, at borgeren passer ind i det, men derved ikke sagt, at det allerbedste match det ikke er, når det hele passer. At virksomhed og borger passer sammen, at skånehensyn er opfyldt, at arbejdsopgaven er værdiskabende (mekanisme).

I ovenstående uddrag diskuterer virksomhedskonsulenterne ud fra et spørgsmål om, hvad der kendetegner den gode kemi mellem borger og praktiksted. Det understreges, at dette forsøges optimeret igennem en afdækning af borgerens behov og ønsker, og at dette rette match desuden befordres af andre centrale faktorer. Derved betoner uddraget fra interviewet specifikke mekanismer, som medvirker til en succesfuld virksomhedspraktik. Dels understreges vigtigheden af, at borgeren oplever meningsfuldt og værdiskabende arbejde, hvilket relaterer sig til en uddybning af den i programteorien definerede lighedsmekanisme, altså vigtigheden af praktikken ligner en almindelig arbejdsplads. Desuden understreges erfaringer med nødvendigheden af at definere og tage hensyn til relevante skånebehov, hvilket knyttes til den mekanisme fra programteorien, som handler om, at arbejdsopgaverne og udførelsen af disse må være realistisk sammensat.

Mekanismerne skal forventeligt føre til delmål, i form af blandt andet en styrket arbejdsevne, stabilitet, effektivitet, samt en afdækning af arbejdsmuligheder og særlige behov, og endeligt en styrkelse af arbejdsidentiteten. I fokusgruppeinterviewet med virksomhedskonsulenterne ovenfor føres samtalen ind på netop resultaterne af de aktiviteter, som der arbejdes med, og der spørges ind til, hvilke forskelle de definerede mekanismer erfares at gøre:

***Interviewer:** Hvad får borgeren med sig, når de ting er opfyldt? Hvorfor er det vigtigt, at netop de ting er på plads? [...]*

***Virksomhedskonsulent A:** Så skulle de være afklarede omkring deres arbejdssituation, og sige 'okay, jeg kan de her timer, og jeg kan de her ting, og jeg kan være i det her miljø'. Eller at de er blevet opkvalificerede, fra at sige 'jeg kan kun det', til at sige, 'nu kan jeg faktisk det her, hvis jeg er i det rette miljø med de rette hensyn og med et meningsfyldt arbejde'. Så man kan både sige, at så er de selv blevet afklarede med deres arbejdsevner, men de kan også være blevet opkvalificeret inden for arbejdsevnen.*

***Virksomhedskonsulent D:** Og fra at tro på, at man ikke rigtig kan noget, til at vide, at man kan noget, at de har mod på at gå ud og søge arbejde.*

Det står klart ovenfor, at en række af programteoriernes forventede resultater stemmer overens med virksomhedskonsulenternes erfaringer. Igennem de sproglige handlinger ovenfor, identificeres flere delmål som styrker de programteoretiske antagelser tidligere præsenteret. Ovenstående uddrag bidrager til en efterprøvning af, hvilke mekanismer virksomhedskonsulenterne i indsatsen erfarer som centrale for resultaterne og hvilke resultater disse mekanismer opleves at medføre på borgerniveau.

En central mekanisme i de oprindelige programteorier bestod desuden af antagelsen om, at borgeren ville få skabt et arbejdsrelevant netværk i praktikkerne, som konsekvens af mødet med en rigtig arbejdsplads og kollegaer. Dette tema har ikke en central plads i empirien, og der er ikke direkte udsagn fra hverken borgere, sagsbehandlere eller virksomhedskonsulenter til hverken at bakke op om eller afvise denne antagelse fra programteorien, om at det arbejdsrelevante netværk står som en central mekanisme for virksomhedspraktik hos denne målgruppe. Programantagelsen kan således ikke understøttes ved hjælp af empirien på denne antagelse, fordi de sproglige handlinger fra såvel borgere som frontlinjemedarbejdere ikke har

identificeret denne mekanisme som væsentlig. Dette fordrer en modifikation af den oprindelige programteori.

Foreløbigt har denne del af analysen således beskæftiget sig med at be- eller afkræfte programteoriernes antagelser om, hvilke mekanismer som medvirker til at forklare indsatsernes virkninger. I forlængelse heraf, blev det under udarbejdelse af programteoriene i projektets tidlige faser diskuteret, hvilke forhold der påvirker, om mekanismerne sættes i spil eller ej. Dette er således temaet for det næste afsnit.

## **6.4.2 MODERERENDE FAKTORER I INDSATSERNE**

Hvorvidt mekanismernes potentiale realiseres, afhænger jf. diskussionen fra afsnit 3.3. af, om de aktiveres i den givne sammenhæng, der omgiver indsatsen. En mekanisme kan således potentielt godt virke i én kontekst, men ikke i en anden og moderatorbegrebet (Dahler-Larsen, 2014:149) bliver derfor en del af at forklare de betingelser, der enten aktiverer eller deaktiverer en mekanisme mellem årsag og virkning. En moderator kan således forstås som et forhold, som regulerer styrken og retningen af et andet forhold (ibid.:103). Det er en måde at bestemme, hvad der antænder mekanismerne, og moderatoren er således en repræsentant for de kontekstforskelle, der bestemmer om en årsag fører til en bestemt en virkning (ibid.:150-151). Analysen vender derfor tilbage til programteorien og dennes identifikation af forventede moderatorer i Quick Cares indsatser. I det følgende analyseres sammenhængen mellem moderatorer og mekanismer i den fysioterapeutiske træningsindsats.

De psykologiske og fysiologiske mekanismer, herunder styrkelsen af muskulatur og påvirkning af hormonudledning, forventedes direkte afledt af den fysiske træning af kroppen. Dette er således ikke en kontekstuel betinget mekanisme som sådan, men resultaterne afhænger naturligvis af at aktiviteterne gennemføres tilstrækkeligt. Dette befordres ifølge de programteoretiske antagelser, af såvel træningsmotivation og tillid til den fysioterapeutiske medarbejder, som tilrettelægger træningsprogrammet og sikrer løbende tilpasning. Træningstilvænningen og mestringen af øvelser forventes desuden at ske igennem spejling og normalisering i relation til fysioterapeuten og de andre deltagere i træningen. Disse antagelser efterprøves i et interview med to fysioterapeuter i Quick Care Helsingør, som forklarer:

*Interviewer: Hvorfor er det vigtigt, at I møder dem på den måde, og ikke bare skubber dem ud på løbebåndet?*

*Fysioterapeut A: Det er igen noget med at finde vejen ind, og lynhurtigt få skabt den der tryghed og tillid, det er det bedste arbejdsfelt for alle, også for dem.*

*Fysioterapeut B: Også for at de får de der succesoplevelser, det er virkelig svært at starte et forløb op, hvor de bare starter med et nederlag på løbebåndet. Så hellere starte op en dag langsommere og så kan de se løbebåndet, så kan de lige gå og summe over, at 'okay, det så sådan ud, det var ikke så slemt'. Jeg tror, at det giver dem tillid til os...*

Mekanismen om indsigt i sammenhængene mellem træning, sundhed og arbejdsliv bliver i ovenstående citat forstået i lyset af relationen til den fagprofessionelle i indsatsen, og en tillid til dennes fysioterapeutiske faglighed. Dette forhold vurderes afgørende for omfanget af dialogen mellem borger og fagprofessionel, og dermed også for tætheden i opfølgningen, justeringen af træningen og vejledningen undervejs i borgerens forløb. Når analysen nærmere efterprøver borgerperspektivet i dette henseende, vægtes i overvejende grad en positiv relation til de medarbejdere, som er inde over borgerens forløb, centreret omkring borgerens oplevelse af at blive inddraget og taget alvorligt. Inddragelsen af borgeren selv, som medkonstruktør af virksomme indsatser, er flere gange tidligere berørt i forskningslitteraturen på beskæftigelsesområdet (Eskelinen & Olesen, 2010) Det vægtes i borgernes fortællinger, at der udvises forståelse for den specifikke problemstilling og sygdom, og i borgerinterviewene kobles disse faktorer direkte til positive oplevelser med indsatserne og et oplevet udbytte af træningen. Trygheden i en ellers usikker situation kan tilsyneladende reguleres i forholdet mellem borgeren og dennes oplevelse af en fortrolig professionel. En fysioterapeut i Holbæk underbygger denne forståelse:

*Interviewer: Hvorfor betyder det noget for virkningerne, det giver, at borgeren er tryk?*

*Fysioterapeut A: Jeg tror, det skaber den der motivation til, at de føler, at 'nu kan jeg måske komme videre, fordi jeg får noget individuel hjælp'. Man kan sige, at der er nogen, der godt kunne have behov for, at man var på dem hele tiden...*

Igennem analysen af interviewmaterialet tegnes et billede af, at de definerede mekanismer i den fysioterapeutiske indsats ganske rigtigt synes at styrke forbindelsen



mellem aktiviteter og mål med indsatsen. I den nærmere diskussion af, hvordan disse mekanismer aktiveres, peges på modererende faktorer som en central del af forklaringen. Der tegner sig et billede af en arbejdstilgang, som dels fokuserer på en tillidsbaseret relation, dels arbejder med kontinuert fremmøde og løbende justering af træningsbelastning, og dels fokuserer på motivationsarbejdet og inddragelsen af borgeren som en nødvendighed for succesfuldt udbytte. Dette er i forskningen på andre dele af beskæftigelsesområdet, flere steder betegnet som behovet for *progression* i indsætterne (DAMVAD, 2015; Bredgaard & Salado-Rasmussen, 2016).

I det følgende fokuseres på samme måde på, at analysere sammenhængen mellem moderatorer og mekanismer i Quick Cares tilbud om virksomhedspraktik. Her understreger empirien, at den vigtige mekanisme omkring en befordrende kemi eller det rette match mellem borger og virksomhed i høj grad påvirkes af en dialogorienteret moderator, der handler om modtagervirksomhedens rummelighed over for borgerens udfordringer. Rummeligheden som tema berøres af en sagsbehandler i Silkeborg, som bidrager med sine erfaringer om, hvad der virker i en virksomhedspraktik:

*Interviewer: Hvad skal der til, kan man sige noget om, hvad der medvirker til, at sådan en virksomhedspraktik fungerer?*

*Sagsbehandler E: Det skal være en meget rummelig og anerkendende arbejdsplads. Det kan jo ikke nytte noget at sende nogen i praktik, og det tror jeg desværre, der er nogle borgere, der oplever, at der ikke bliver taget hånd om dem, de føler nærmest, at de går i vejen.*

*Interviewer: Så det stiller nogle krav til stedet. Hvad skal stedet kunne?*

*Sagsbehandler E: Det skal jo noget socialt, det skal kunne opfylde de sociale kapitler, [...] det mener jeg desværre ikke altid, at det gør. [...] Men igen, en tæt kontakt, at man hele tiden er opfølgende. Arbejdsgiveren skal også have en tæt opfølgning på, hvad det her handler om, åbenhed. Ja, jeg har nogle gode eksempler og nogle dårlige eksempler. Jeg har lige haft en borger, som står og skal raskmeldes og hun mangler kun lige en måned. Hun behøver lige at få forlænget sin praktik i en måned, og så vil de ikke gå med til at forlænge praktikken, fordi de ikke kan bruge hende.*

*Interviewer: Så falder det sammen.*

*Sagsbehandler E: Ja, så bliver hun ikke raskmeldt, fordi nu kom hun bare så langt tilbage.*

Ovenstående styrker billedet af, at en nødvendig forudsætning for at de definerede underliggende mekanismer i virksomhedspraktikken realiseres, blandt andet handler om at virksomheden socialt og arbejdsopgavemæssigt formår at rumme borgerne, til trods for eventuelt nedsat arbejdsevne (Bredgaard & Salado-Rasmussen, 2016). Rummeligheden er afgørende for, at mekanismen om *matchet* og *kemien* mellem virksomheden og borger, i kombination med mekanismen om ligheden med en almindelig arbejdsplads, igennem meningsfyldte og realistiske arbejdsopgaver, virker.

I tillæg til ovenstående står det centralt i programteorien om mekanismerne ved virksomhedspraktik, at udvikling af arbejdsrelevante kompetencer, som indsatserne forventeligt fører til, realiseres igennem en løbende optrapning af krav til borgeren, herunder ansvarsområder og arbejdsbelastning. Denne optrapning må nødvendigvis tage udgangspunkt i borgeren, for at finde en hårfin balance mellem den gradvise optrapning som kompetence- og mestringsudviklende frem for overbelastende. I et interview bliver en sagsbehandlende jobcentermedarbejder bedt om at uddybe, hvorfor hun vurderer virksomhedspraktik som et anvendeligt værktøj i sit arbejde, og markerer netop her fordelene ved, at kunne gennemføre en trinvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet:

*"Fordi [borgerne] får lov til at komme gradvist tilbage igen. Fordi mange af dem ikke kan starte ud med 37 timer, for mange af dem virker det simpelthen angstprovokerende på dem, ikke fordi de nødvendigvis har haft angst, men måske fordi de har haft stress eller haft en anden lidelse. Fordi de ikke tror, at folk vil acceptere dem som de er bagefter. Så virker det bare rigtig godt, at de kan starte ud på et lavere timetal, et sted hvor de ikke får løn, men hvor der stadig er brug for dem, selvom de ikke er forpligtede til at køre med 110 km/t."*

(Sagsbehandler F, Silkeborg)

I det ovenstående anskueliggør sagsbehandleren indirekte en række erfaringer omkring sammenhængene mellem mekanismer og resultater i indsatsen virksomhedspraktik. Hun beskriver, at virksomhedspraktiktilbuddene virker, fordi borgerne her får en sikker platform til at afprøve egne arbejdskompetencer, hvor der er behov for dem, men hvor de ikke pålægges at yde på almindelige vilkår i en almindelig fuldtidsstilling. Den gradvise tilvænnning medfører ifølge både medarbejdere og borgere, at løbende små succesoplevelser styrker mekanismernes evne til at medføre målene. Den trinvise optrapning i lyset af succesoplevelser, bliver således en moderator.

Når vi ser på de to anvendte programteorier i afhandlingens evaluering af de udvalgte sygedagpengeindsatser, bemærkes det, at en række moderatører går igen i beskrivelserne af, hvad der får de ellers forskelligartede mekanismer til at føre til de relativt sammenlignelige del- og slutmål for begge indsatstyper. Dette tyder på, at der hos de centrale aktører eksisterer en opfattelse af, at der er lignende kontekstuelle moderatører på spil på tværs af aktiviteterne. Dette er en forståelse, som vinder genklang i den teoretiske ramme, som er trukket fra Hubble (1999) og Blom & Morén (2010), præsenteret under kapitel 2. Her diskuterer forfatterne, hvordan det ikke alene er indsatser eller konkrete aktiviteter i sig selv, der medfører, at en deltager nærmer sig del- og slutmål. Igennem empiriske studier påvises det, hvordan der i nogen udstrækning er tale om, at tværgående påvirkninger uden om de egentlige aktiviteter snarere er det, som leder deltagerne i indsatserne nærmere målsætningerne. Dette perspektiv på virkninger af indsatser, som noget der opstår på baggrund af andet og mere end indsatsernes aktiviteter alene, relateres i denne afhandlingen til den tidligere præsenterede interesse for indsatsernes *moderatører*. Moderatører er som bekendt forhold omkring indsatserne, som påvirker forholdet mellem årsag (indsats) og virkning (resultat), en form for variabel, som betinger styrkeforholdet mellem øvrige variable (Dahler-Larsen, 2013:149; Dahler-Larsen & Krogstrup, 2003:102).

Et eksempel på en tværgående moderator i indsatserne identificeres i programteorierne som *tillid i relationen*, fordi dette erfares at medvirke til afgørende processer for borgerne, herunder motivationsøgning, selvtillid og indsigt. Motivationsbegrebet er, til trods for dets svære definérbarhed, igen og igen vægtet som et ganske afgørende skillepunkt for, hvorvidt en borger drager nytte af indsatserne, uagtet hvilke konkrete tilbud og aktiviteter, der er tale om. Borgerens motivation er på sin vis ikke afgørende for, om vedkommende kan stå på et løbebånd eller møde op på en virksomhed (selvom det øger sandsynligheden for, at det sker), men er forventeligt afgørende for, hvorvidt borgeren får noget ud af dette på længere sigt. Derfor sigter analysen mod en afprøvning af disse opfattelser af centrale tværgående moderatører i indsatserne.

I det følgende uddrag taler en gruppe fysioterapeuter i Quick Care Holbæk om, hvorfor det er vigtigt med en synlig og tæt relation til borgerne, og ender med at koge denne vigtighed ned til at handle om netop motivationspåvirkninger:

*Interviewer: Hvad betyder den synlighed for borgeren, tror I?*

*Fysioterapeut A: Jeg tror, at det motiverer dem, motiverer dem til at komme afsted, giver dem en følelse af at blive set og få noget opmærksomhed. At blive hørt i den her svære situation, hvor de jo mister noget af deres identitet, ved at de mister deres arbejde. Så det [arbejdet med en tæt relation] tror jeg er rigtig godt givet ud for dem.*

*Interviewer: Og så et lidt bagvendt spørgsmål, hvorfor er motivation så vigtig? Kunne de ikke principielt være ligeglade, så længe de bare kom hemed, stod på løbebåndet og gik hjem igen?*

*Fysioterapeut A: [...] motivationen gør, at det rykker. Hvis jeg har haft borgere, som ikke er motiverede, så må jeg gå op og sige til sagsbehandleren, at 'jeg har forsøgt med mine motivationsevner at få dem rykket, men det kan jeg ikke. Vil du stadig have, at borgeren fortsætter?' [...] hvis sagsbehandleren siger, at 'jeg har bare brug for at hun er i aktivitet, hun skal bare møde', så bliver det mere tvang, end det bliver lyst. Og jeg ved at det jeg får ud af start samtalen, det er fuldstændig det samme ved slut samtalen. Så man kan sige, at motivationen rykker borgeren selv, hvis motivationen ikke er der, og vi ikke kan arbejde med den, så rykker de ikke en meter. Dette er i hvert fald min opfattelse og min erfaring med borgerne [...].*

Motivationsbegrebet behandles således i ovenstående ud fra en forståelse af, at motivation ikke er noget, man kan påtvinge målgruppen, men kun relationelt gå ind og arbejde med at påvirke. Det, som virker i denne sammenhæng, bliver således ikke alene den definerede træningsaktivitet i sig selv, men relationen til den fysioterapeut, som formår at indgyde både trænings- og arbejdsmæssig relevant motivation.

Afhandlingens empiriske materiale tegner i forlængelse af denne diskussion et billede af forklaringer på, hvornår de undersøgte tilbud ikke fører til de ønskede del- og slutmål. Dette er vigtigt for en forståelse af tilbuddenes virkninger og de modererende faktorer, som medvirker til at betinge dem. Manglende succes i indsatserne forklares igennem interviewene ved, at de definerede mekanismer netop ikke aktiveres af forskellige årsager. Der er med andre ord ikke nødvendigvis tale om fejl i programteoriernes antagelser, men i gennemførelsen af aktiviteterne og under omstændigheder, som gør at aktiviteterne ikke forbindes til de forventede resultater. I det følgende opsummeres en række eksempler herpå, trukket fra interviewmaterialet med borgerne og i jobcentrene. Interviewerne peger på en risiko, for dét som med Funnel & Rogers (2011) begreber kaldes *implementeringsfejl*.

- Inddragelsen synes i risiko for at svigte, når frontlinjemedarbejderen er for optaget af at nå på forhånd definerede mål, som ikke afstemmes med borgeren. Dette kan ske grundet eksterne krav eller aftaler, herunder krav om afklaring på et bestemt tidspunkt eller krav om brug af særlige aktiviteter, hvor et hensyn til disse eksterne forpligtelser kommer til at overskygge en reel vurdering af, hvad der er relevant for borgeren og hvornår.
- Når frontlinjemedarbejderne ikke er tilstrækkeligt nærværende og derfor ikke medvirker til borgerens oplevelse af en meningsfyldt relation, synes relationen mellem borger og medarbejder utilstrækkelig til at medføre resultater. Manglende relation påvirker borgerens tillid til frontlinjemedarbejderen og dennes faglighed, fordi vedkommende tillægges andre motiver end det at handle efter borgerens bedste. Borgeren oplever, at tilbuddet kører på en form for autopilot eller samlebånd, alene med det formål at få sat kryds ved visse påkrævede aktiviteter og få borgeren *ud af døren* hurtigst muligt.
- Når borgerne ikke ser sig respekteret, påvirker det tillidsrelationen og dermed aktiveringen af centrale mekanismer, fordi borgerens motivation påvirkes af en følelse af at blive umyndiggjort. Særligt oplevelsen af at blive *troet på* i forhold til sygdomsårsagen, står centralt i borgernes fortællinger. Det samme gør forventningen om at frontlinjemedarbejderne ved noget, hvordan de kan hjælpe borgeren under hensyn til de begrænsninger, som den pågældende sygdom måtte medføre.
- Hvis borgeren mister blikket for meningsfuldheden, fordi der ikke gennemføres en tilstrækkelig afstemning af forventninger, gennemføres aktiviteterne til tider blot *fordi man skal*. Dette kan eksempelvis ske, hvis en samtale for hurtigt rykker henover at aftjekke samtalepunkter og få borgeren til at *nikke til dem*, fremfor at sikre, at borgeren reelt forstår og selv vurderer de aftaler, der indgås, og således ser sig selv som ansvarlig for en del af den formulerede aftale.

Forklaringer på afbrudte virksomhedsforløb, eller træningsforløb, som ikke tilstrækkeligt medfører de forventede resultater på kortere eller længere sigt, kan ifølge empirien nogle gange tilskrives ovenstående faktorer. Dette stiller krav til de professionelle, som er nødsaget til at skelne i den heterogene målgruppe af sygemeldte mellem de krav til medinddragelse, intensitet og relation, de kan stille til forskellige borgere på baggrund af disses personlige ressourcer. Disse udfordringer

bringer sondringen mellem teori- og implementeringsfejl (Funnell & Rogers, 2011) tilbage i analysen. Såfremt en indsats ikke virker efter hensigten, kan programteorien bruges til at gå tilbage og vurdere, hvorvidt det var implementeringen af indsatsen, som fejlede, eller om der snarere var fejl i de teoretiske antagelser om, hvordan det ville virke. I forhold til ovenstående udfordringer tyder empirien på, at der ikke er grundlag for at antage at det er selve programteoriens definition af sammenhængene mellem aktiviteter, mekanismer og resultater, som er udfordringen, men at der snarere i udførelsen af aktiviteterne i indsatserne kan forekomme implementeringsfejl, som bevirker, at de nødvendige moderatører ikke tilstrækkeligt formår at aktivere de mekanismer, som skal føre til målsætningerne.

Den følgende del af analysen viderefører diskussionerne af kontekstens betydning for indsatserne. Dette undersøges, ved en analyse af kontekstuelle forholds betydning for indsatsernes virkning. Dette forhold opfattes ikke som værende fastlagt, men i stedet som afhængigt af de omstændigheder, det udspiller sig under. Hvorvidt mekanismernes potentiale realiseres afhænger af, om de aktiveres i den rette sammenhæng (Pawson, 2013). I de følgende afsnit trækkes fortsat på den forståelse af kontekst, som hentes i Pawson & Tilley's (1997) såkaldte CMO-konfiguration, som blev redegjort for under afsnit 3.3.

Afhandlingens afsluttende analyseafsnit behandler derfor temaet om, hvilke kontekstuelle forhold som betinger aktiveringen af de mekanismer, som de foregående analyseafsnit har påvist for indsatserne virksomhedspraktik og fysioterapeutiske træningsforløb hos Quick Care. Denne del af analysen inddrager erfaringer og viden fra fagprofessionelle og borgere, for at belyse de omstændigheder, der omgiver de rehabiliterende beskæftigelsestilbud, og klarlægge omstændighedernes betydning for virkninger af indsatserne. Det næste analyseafsnit lægger sig således i forlængelse af de hidtidige analyser og diskussioner i afhandlingen, og ser nærmere på, hvordan de foreløbige resultater kan forstås inden for forskellige kontekstuelle påvirkninger. *Konteksten* betegnes som en begrebsliggørelse af omstændighederne for de involverede aktører, relationen mellem aktørerne, den institutionelle eller organisatoriske placering og de omkringliggende strukturer (Pawson, 2013).

Som et analytisk greb skelnes mellem to kontekstuelle niveauer. Indledningsvis analyseres de omstændigheder, som påvirker målgruppen på et personligt niveau, benævnt følgelig som borgernes *livsverden*. Efterfølgende stiller analysen skarpt på de for borgere og indsatser omgivende omstændigheder i selve

beskæftigelsessystemet, forstået som indsatsernes *systemverdenskontekst*. Opdelingen er hentet hos Frahm & Amdrup (2016). De to niveauer behandles og operationaliseres separat, for at sikre analysens struktur og overskuelighed. Det anerkendes, at en sådan analytisk sondring risikerer at underbelyse de gensidige påvirkninger mellem niveauerne og at niveauerne må forstås som sammenvævede trods denne opdeling.

### 6.4.3 BORGERNES FORUDSÆTNINGER

Hos Pawson (2013) betegnes konteksten som en begrebsliggørelse af omstændighederne for de involverede aktører, relationen mellem aktører, den institutionelle eller organisatoriske placering og de omkringliggende strukturer (Pawson, 2013). Borgernes livsverden analyseres i dette afsnit igennem interview med borgerne selv. De personlige omstændigheders betydning for virkninger og resultater af beskæftigelsesrettede indsatser har i analysens forståelse en betydning for målgruppens betingelser for at indgå i og drage fordel af de indsatser, der har til formål at hjælpe dem mod en hurtigere raskmelding og tilbagevenden til arbejdslivet.

I besvarelsen af hvilke borgere i målgruppen som oplever virkninger af indsatserne, har afhandlingens afsnit 6.3.3. behandlet betydningen af lidelsestype og arbejdsgivertilknytning. I denne del af analysen bliver dikotomien i begreberne *syg* og *rask* særlig central, således som det blev opridset i afhandlingens teoretiske afsnit. Det står tydeligt igennem interviews med frontlinjen, at man i beskæftigelsessystemet ikke opfatter en modsætning imellem det at være syg og det at kunne arbejde. Er der tale om eksempelvis psykiske problemer forårsaget af dårligt arbejdsmiljø på en given arbejdsplads, er en stressdiagnose ikke i sig selv retfærdiggørende for forlængelse af en sygemelding, såfremt man vil være i stand til at varetage arbejde på en anden arbejdsplads, som ikke er årsag til stressudløsning. På samme måde sættes fysiske sygdomme ikke i sig selv lig med uarbejdsdygtighed, så længe det er muligt at varetage afgrænsede opgaver under eventuelle skånehensyn, eller andre arbejdsopgaver på en anden arbejdsplads. Denne forståelse synes ikke i alle tilfælde at harmonere med borgernes egne opfattelser og forventninger, særligt når borgernes sager præges af længerevarende og gentagende sygdom. Her opstår nogle steder frustrationer i mødet med de fagprofessionelles krav om aktivitet til trods for sygdom, fordi borgerne opfatter arbejdsdeltagelse som en kontrast til at være syg. I disse sammenhænge giver flere sagsbehandlere udtryk for, at den fysiske træning kan være

et værktøj til at sikre et vist aktivitetsniveau og struktur i den sygemeldtes hverdagsliv, som kan udgøre en forberedelse til derpå følgende praktik eller anden arbejdsprøvning.

Hos Danneris (2016) problematiseres det, at en for stokastisk forståelse af forhold som *syg* eller *rask*, *arbejdsdygtig* eller *uarbejdsdygtig* upåagtigt bevirker, at borgernes barriere for arbejdsmarkedsdeltagelse håndteres som noget, der påvirkes af enkeltvariable, eksempelvis et aktivt tilbud, og kan isoleres fra borgerens hele liv og relationer i øvrigt (Danneris, 2016). Sygdom og fravær fra arbejdsmarkedet må i stedet forstås som langt mere komplekse relationelle størrelser, hvor forskellige faktorer gensidigt påvirker hinanden over tid, i samspil med borgerens hele liv. I denne afhandling tegner empirien et billede af, at man i jobcentrenes praksis udtrykker bevidsthed om betydningen af disse forhold, men det står samtidig klart, at de lovgivningsmæssige rammer i højere grad centrerer om de politiske mål om beskæftigelse og selvforsørgelse, frem for private og sociale forhold. Derfor er rammerne for at arbejde konkret med en reel inddragelse af borgerens hele situation og en tilrettelæggelse af en fleksibel indsats tilsvarende udfordret. Snarere tilrettelægges indsatserne først og fremmest som led i rettidigheds- og opfølgingskrav, og fokuserer på at få borgeren sendt i et aktivt tilbud og afholde løbende samtaler inden for de forudbestemte tidsintervaller. Borgerens livsverden operationaliseres i denne analyse til at dække forskellige aspekter af den sygemeldtes liv, herunder familiære, sociale og arbejdsmæssige forhold, privatøkonomiske omstændigheder og sundhedstilstand (Frahm & Amdrup, 2016). Dertil kobles en række af det, som måske bedst karakteriseres som mentale påvirkninger, herunder motivation, forventninger og personlig tiltro til indsatsen (Blom & Morén, 2010:105). Disse anskues som faktorer, der er relevante for en forståelse af, hvordan de beskæftigelsesrettede indsatser virker, fordi de viser sig at påvirke borgerens måde at indgå i indsatserne på.

Tidligere, i teoriafsnit og analyse, præsenteredes et perspektiv, som omhandlede tre forskellige former for *klientstrategier*, som forskellige grupper af sygemeldte betjener sig af i deres møde med deres omverden, herunder beskæftigessystemet. Opdelingen i forskellige strategier foretages alt efter graden af sygdomsfokusering kontra arbejdsmarkedsfokusering hos borgeren. Det er således til dels et udtryk for, hvordan borgeren internaliserer og derefter udtrykker sin egenopfattelse af personlig sygdom og arbejdsevne. I interviewmaterialet medvirker borgernes egne fortællinger om deres forløb til at understrege billedet af at gruppen har forskellige forudsætninger



for at indgå i indsatserne. Et eksempel på dette kan afkodes igennem borgernes orienteringer imod arbejdsmarkedet. En borger i Silkeborg Kommune er i nedenstående citat sygemeldt grundet en potentielt livstruende sygdom og blev i denne forbindelse også fyret fra sit daværende arbejde. Borgeren fokuserer igennem interviewet på, hvilken type af arbejde hun gerne vil tilbage til:

***Borger C:** Ja, men jeg skal tilbage til et sted, hvor der er mange nye ting, fordi mit arbejde altid har bestået af at lære nye ting, og formidle det videre. Fordi jeg har en uddannelse, så mange af de steder, hvor jeg har været, de har brugt den til, at så kunne jeg bare formidle videre. Det betyder, at det er rigtig vigtigt for mig, at jeg ikke kommer til et sted hvor det er lidt sådan 'det er bare sådan, som det plejer at være'. Så tester jeg jo ikke mit hoved på, hvor godt jeg kører.*

***Interviewer:** Så der skal ikke være alt for meget rutine. Men snarere en række udfordringer?*

***Borger C:** Nej, det er mere den der med, at der for eksempel godt må være et nyt IT-system, som jeg aldrig har været i kontakt med før, fordi så er der noget, jeg skal lære. Det kan jeg nok teste imens jeg er i virksomhedspraktik, hvor godt hovedet sidder på. Selvom jeg går rundt og siger, at det kører godt, så er det måske noget andet, når man kommer derud.*

Ovenstående eksemplificerer en borger med en stærk tro på egen tilbagevenden til arbejdsmarkedet, og en opfattelse af, hvad hun kan bidrage med på en arbejdsplads. Hun knytter i citatet dette sammen med hendes egne målrettede ambitioner om tilbagevenden til arbejdslivet og italesætter indsatsen som betydningsfuld herfor. Hun opfatter indsatserne som et middel til at opnå egen målsætning, og afprøve om ambitionerne er realistiske. Således har hendes tiltro til både egne evner og tiltroen til virksomhedspraktikkens evne til at hjælpe hende, en stor indflydelse på hendes engagement og motivation. Denne borger tilhører den del af målgruppen, som i høj grad formår at aktivere eget netværk i løbet af sygemeldingsforløbet, blandt andet har en veninde hjulpet hende med juridisk at afsøge rettigheder og muligheder i forhold til genoptræning, og borgeren har selv kontaktet jobcenteret og udpeget de af Quick Cares aktiviteter, som hun ønskede at deltage i.

Anderledes ser det ud for andre borgere i målgruppen, hvor flere kan kategoriseres som enten *sygdomsorienterede* eller *nedslidte*. Disse borgeres fortællinger er i højere grad præget af sygdomsberetninger og beskrivelser af begrænsninger, underbygget af gengivelsen af lægelige udsagn og eventuelle diagnoser, som støtter borgernes

fortælling om barrierer i forhold til arbejdsmarkedet. En borger i Helsingør fortæller om sine udfordringer på baggrund af en nedslidning i begge knæ. Han adspørges, om det er vigtigt, at træningen foregår i Quick Care-regi, fremfor på egen hånd:

*"Jeg vil nok sige, at det... jo, jeg kunne godt selv komme ud, men jeg tror ikke, jeg har opfattelsen af, at det er noget, jeg har brug for. Jeg har altid ment, at jeg bevæger mig nok [...] Jeg vil sige, at det væsentligste er at komme og få sat det kryds, sådan føler jeg det. Jeg ved jo også, at hvis jeg ikke har været der, så ringer [fysioterapeuten] jo, når klokken er kvart over 12... 'vi har ikke set dig i dag'?"*

(Borger A, Helsingør)

Borgeren i ovenstående citat føler sig godt modtaget i indsatsen og er som sådan ikke utilfreds med træningen, men det er tydeligt, at han ikke kobler dette til en orientering mod arbejdsmarkedet, og denne orientering er stort set fraværende igennem hans interview. Han passer sin deltagelse i tilbuddet og kommer, fordi han ved, at han skal, snarere end han opfatter det som en aktivitet der bringer ham nærmere en raskmelding. Borgeren opfatter at han bevæger sig rigeligt til daglig og at hans nedslidte knæ er en forhindring for at han kan arbejde, blandt andet fordi man jo ikke kan byde en arbejdsgiver at have behov for at sidde ned flere gange daglig. Han kobler ikke denne forhindring til genoptræning og derigennem tilbagevenden til arbejde. Hans motivation i indsatsen er ikke præget af egne målsætninger, eller en tro på den forskel, det potentielt kan medføre, men baseret på en accept af at systemet kræver deltagelse af ham, for at han kan modtage sine sygedagpenge.

Dette perspektiv på borgernes livsverden, i lyset af deres forudsætninger og orienteringsmåder kobles følgelig til den skelnen, som det empiriske materiale tidligere har belyst at sagsbehandlere betjener sig af, i mødet med borgerne. Som redegjort for i denne afhandling og i tidligere forskning, ses der nogle steder i sagsbehandlingsarbejdet en tendens til det, som Jacobi (2013) benævner som *skjulte motivationsvurderinger*. Dette er en indirekte vurdering af borgerens berettigelse til sygedagpengeydelsen, med rod i iagttagelsen af dennes indre motivation for bedring, fremfor i vurderinger af deres sygdom og de begrænsninger, sygdommen medfører for arbejdsevnen. Interviewmaterialet påviser, at også frontlinjemedarbejderne i Quick Cares tilbud foretager denne vurdering i deres møde med borgerne, blandt andet ved, at der tales om borgere, som *de lige skal skubbe til*. Hos denne gruppe af frontlinjemedarbejdere synes motivationsvurderingen dog koblet til en vurdering af,

hvor svært det forventes at blive at rykke en borger i positiv retning, snarere end en vurdering af, hvorvidt borgeren er berettiget til at modtage sygedagpengeydelsen.

Frontlinjen hos Quick Care er ikke på samme måde afhængige af at få borgeren *ud af døren*, fordi deres forløb med borgerne er rammesat til på forhånd at vare i et afmålt tidsrum. Deres mål bliver i stedet at sørge for at flytte borgeren mest muligt inden for den aftalte tidsperiode. Denne forskel synes at medvirke til, at borgerne opfatter fagpersonerne i Quick Care som fortrolige sparringspartnere, hvorimod sagsbehandlerne i nogle tilfælde opfattes som nogle, der kontrollerer borgeren og skal overbevises om dennes sygdomstilstand.

Begrebet *klientstrategier* forstås ikke som kategorier borgerne frivilligt eller strategisk vælger at benytte sig af. Det forstås snarere som et udtryk for borgerens reelle situation, og deres afledte reaktion herpå. Der tegner sig et billede af, at særligt den *sygdomsorienterede* del af målgruppen er særlig sårbar undervejs i deres sygemeldingsforløb. Dette har betydning for, hvilken tilgang til mødet med disse borgere, som kan være hensigtsmæssig, og klientstrategierne bliver således et potentielt pejlemærke i frontlinjepersonalets arbejde. Borgernes fortællinger tyder på, at de selv vurderer at have brug for en omsorgsbetonet kontakt med de fagprofessionelle, både i jobcenteret og ude i indsatserne, som fokuserer på at skabe succesoplevelser og motivation, samt arbejder mod en genopbygning efter sygdommen og en opkvalificering af arbejdskompetencer. I borgernes egne formuleringer af de behov, de har, og af hvad der vil hjælpe dem mod en hurtigere raskmelding, efterspørges med andre ord det, som Jacobi (2013) betegner som en *heterodoks sagsbehandlerposition*, som orienterer sig mod inddragelse af borgerne i bestemmelsen af sagsforløbet, og et helhedssyn på borgernes udfordringer og vilkår.

I gruppen af sygemeldte findes også den gruppe af borgere, som hos Mik-Meyer, Christensen & Johansen (2009) karakteriseres som *de nedslidte*. Disse borgere er i lighed med den næste gruppe, de *arbejdsfokuserede*, fokuserede på deres arbejdsliv og eventuelle uddannelsesbaggrund, og demonstrerer en høj tro på egne evner og en motivation for arbejdsmarkedsdeltagelse, som dog i deres fortællinger forhindres af sygdom. Det er således den gruppe af borgere som, firkantet sagt, giver udtryk for, at de godt *vil* men ikke *kan* arbejde, under de nuværende omstændigheder. Disse borgere udtrykker i interviewene en generel frustration, som rettes mod lange vente- og svartider i deres relation til systemet og de i deres optik, store mængder af bureaukratiske forhindringer for, at de kan komme i bedring. Disse borgere

efterspørger at de professionelle i jobcentre og indsatser i højere grad fokuserer på en koordination af særligt sundhedsindsatserne og på at lette vejen for borgeren igennem beskæftigelses- og behandlingssystemet, for at denne kan realisere sine muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Dette perspektiv forfølges yderligere i det følgende afsnit 6.4.2 omhandlende systemets tværfaglige arbejde og kommunikationen mellem faggrupper og sektorer.

En sidste gruppe af borgere i målgruppen synes målrettede i deres deltagelse i indsatserne og orienterede mod deres egen tilbagevenden til job. Disse borgere giver udtryk for, at bruge sagsbehandlere og medarbejdere i indsatserne som en ressource, med hvem de kan samarbejde, i en kombination med alt det borgerne selv sætter i værk, med det formål at blive hurtigere raske. Disse borgere krænkes øjensynligt lettere af at føle sig kontrolleret, motivationsvurderet eller mistænkeliggjort, fordi de i egen optik arbejder målrettet mod det samme resultat som beskæftigelsessystemet.

Disse borgere i målgruppen, udviser således en strategi som kan betegnes som stærkt arbejdsorienteret (Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009). Borgerne beskriver sig selv og deres forløb på sygedagpenge i lyset af deres arbejdsliv og uddannelsesbaggrund. Såvel borgere som sagsbehandlere udtrykker i interviewene at det er kendetegnende for en stor del af målgruppen, at de jo blot er *helt almindelige mennesker, der tilfældigvis er blevet syge*. Dette står på nogen vis i kontrast til sagsbehandlerens fokus på at motivationsvurdere borgerne, og denne vurderingsindflydelse på visitationsbeslutningerne, fordi det viser sig, at en stor andel af sygemeldte i målgruppen selv udtrykker en stærk orientering mod tilbagevenden til arbejdslivet.

I den ressourcestærke ende af målgruppen, bliver en stress-sygemeldt borger sygemeldt interviewet om sine forventninger til samarbejdet med jobcenteret, og forklarer:

*"Jeg ved faktisk ikke, hvad de kan tilbyde mig, men ellers så tænker jeg fagforening, eller at jeg må søge det privat. Så må jeg selv ud og betale for en coach, til at hjælpe mig igennem. Fordi der er lidt panik over situationen, jeg har aldrig nogensinde været arbejdsløs."*

(Borger A, Helsingør)

Borgeren udtrykker overraskelse over egen sygdom og behovet for hjælp og det viser sig igennem interviewet, at han meget tydeligt forsøger at tage sagen i egen hånd og

løse sygdomsproblemet igennem selvstændige initiativer. Interviewene tegner på denne måde et billede af et tema, som handler om alt det, borgerne selv foretager sig, ved siden af de jobcenter-initierede indsatser. Der er tale om initiativer, som eksempelvis aktivering af eget netværk eller betaling for ydelser i privat behandlingsregi. Eksempler herpå er opsøgning af privatpraktiserende psykologer eller coaches til stresshåndtering, deltagelse i forskellige former for fysisk aktivitet i privat regi, eller samtaler med advokater eller revisorer i forbindelse med udfordringer i økonomien eller rettigheder i relation til sygedagpengesagen. Flere steder aktiveres også borgerens private relationer, og borgerne gør eksempelvis flere steder brug af bisiddere blandt venner eller familiemedlemmer, eller angiver, at de har haft særlig behov for aktivere deres netværk i forhold til opretholdelse af dagligdagen, fra praktisk hjælp til mental støtte.

Ovenstående er interessant i relation til afhandlingens teoretiske udgangspunkt. Både teoretisk og programteoretisk er det en vægtet antagelse, med rod i WHO's (2001) klassificering af ICF-modellen, at rehabilitering og funktionsevne påvirkes af forskellige komponenter i den sygemeldtes liv. Men ikke alle steder, skinner denne forståelse lige tydeligt igennem i praksis, når det beskrives, hvad der rent faktisk gøres i borgernes sag. Ganske vist anerkender samtlige frontlinjepersoner i jobcentre vigtigheden af at inddrage borgerens hele liv og netværk i rehabiliteringsarbejdet, men i praksis synes frontlinjearbejdet ofte fokuseret på den mentale og fysiologiske funktionsevne og muligheden for at iværksætte forskellige aktive tilbud. Der synes tale om en relativt begrænset inddragelse af borgernes omgivelser, herunder boligforhold, sociale relationer og økonomiske aspekter, som ellers ifølge den oprindelige teori antages at omkrænse individet og potentielt have en fremmende eller hæmmende virkning på både funktions- og arbejdsevne. Disse *livsverdens*-faktorer defineres både i programteori og i frontlinjepsikologi som indvirkende på en indsats, men det fremgår samtidig flere steder i interviewmaterialet, at der i sagsbehandlingsarbejdet ikke opleves lovgivningsmæssige muligheder for, eller incitament til, en reel inddragelse af dette i sagsarbejdet. Dette analysepunkt læner sig op ad Skals (2016), som igennem forskning i sagsbehandlernes praksis i jobcentre påpeger, hvordan eksempelvis sociale faktorer ganske vist anerkendes som belastende for borgeren, men at sagsbehandlernes ikke har den retlige ramme til at inddrage dette i vurderingen af arbejdsdygtigheden. Således ses igen en diskrepans imellem på den ene side den socialfaglige helhedsvurdering af borgerens livssituation, og så det juridiske og handle-mæssige råderum i sagsbehandlernes arbejde.

Bevidstheden om borgernes egen deltagelse og egne initiativer i forhold til raskmelding har betydning for forståelsen af, hvordan det er muligt at skabe viden om, hvad der virker i indsatserne for forskellige borgere. Rent metodisk kan det anskues som en udfordring at måle eksempelvis effekterne af forskellige indsatstyper, hvis en isolation af disse udfordres af, at borgerne selv gennemfører aktiviteter i forsøget på at blive raske og vende tilbage til job. Det risikeres principielt, at *alt dette andet*, som borgerne foretager sig, bærer en forklaringskraft, som analyserne går glip af i effektmålingerne. Omvendt kan dét, at en stor del af borgerne i målgruppen aktiverer personlige og netværksrelaterede ressourcer undervejs i deres forløb, anskues som en vigtig erkendelse for arbejdet i frontlinjens praksis, og som en mulighed for at arbejde mere systematisk med inddragelsen af disse ressourcer. Nogle af disse borgere efterspørger ikke synderlig omsorg fra deres sagsbehandlere, men snarere en tydelig koordinering af deres sagsforløb, en fagperson med styr på lovgivningen og en mulighed for selv at vælge og påvirke eget forløb. Det er disse borgere, som besidder de største ressourcer i forhold til at navigere i beskæftigelses- og sundhedssystemet, som undersøger deres rettigheder og anskuer jobcentrene som en form for facilitator af forskellige muligheder.

Til opdelingen af borgerne i de tre forskellige kategorier af *klientstrategier* må tilknyttes en kommentar om, at den samlede gruppe naturligvis fordeler sig alle mulige steder i og imellem kategorierne der på denne måde udtrykker en form for idealtyper. Ovenstående analyse og sondring mellem forskellige borgere med forskellige tilgange til indsatserne og forskellige behov, kan ideelt set medvirke til en forståelse af, hvordan man kan målrette den overordnede sygedagpengeindsats over for en så bred gruppe som kategori 2, og derigennem søge at sikre, at jobcentrenes ressourcer og tilbud anvendes de steder, hvor der er behov for det. Dette udtrykker sagsbehandlere i jobcentrene flere steder at de allerede gør som en naturlig del af deres daglige praksis, uden at dette dog er yderligere systematiseret på tværs af hverken afdelinger eller jobcentre. Der er i stedet tale om enkeltpersoners skelnen på tværs af forskellige bevæggrunde, stadig underlagt de lovgivningsmæssige og organisatoriske rammer for indsatsen.

Nærværende afsnit har omhandlet borgernes personlige forudsætninger for at drage fordel af indsatserne og har diskuteret hvordan disse forudsætninger har betydning for indsatsenes virkning og kan sættes i spil i udformningen af de mest hensigtsmæssige forløb. Det er blevet analyseret, hvordan borgernes orientering mod arbejdsliv og sygdom i relation til begrebet om *klientstrategier*, har betydning for den måde, hvorpå

de drager nytte af indsatserne. På denne måde har afsnittet beskæftiget sig med at belyse centrale *livsverdens-kontekstuelle faktorer*. Det kommende afsnit fokuserer i forlængelse heraf på de centrale *systemisk-kontekstuelle faktorer*. Dette gøres tematisk, ved at trække på det, som i afhandlingen betragtes som den samlede sygedagpengeindsats overordnede antagelser. Dette er antagelser, som er gennemgående for lovgivnings- og praksisniveauet på sygedagpengeområdet, og som løbende fremhæves i såvel forskningslitteratur som i samtaler med professionelle aktører på området.

#### 6.4.4 DEN SYSTEMISKE KONTEKST

I dette afsluttende analyseafsnit fokuseres på de omstændigheder, som betegnes som de *system-kontekstuelle* faktorer. Det er de systemrettede omstændigheder, som er i fokus, de omstændigheder, som udstikker rammerne for indsatsen og som qua denne afhandlings evalueringsteoretiske ståsted inddrages i forhold til at forstå vilkårene for at indsatsernes mekanismer kan føre til de forventede resultater.

Denne systemverdenskontekst udgør vilkår for indsatserne, bestemt af lovgivning, organisatoriske mål og rammer, og samarbejdet mellem involverede systemiske aktører (Frahm & Amdrup, 2016). I afsnittet trækkes dels på den viden, som hentes i afhandlingens interviewundersøgelse. Dertil inddrages de i lovgivning tidligere definerede antagelser for indsatsen, som en måde at strukturere analyseafsnittet tematisk. Dette, fordi de centrale antagelser fra lovgivningen står centralt i den resterende empiri og i aktørernes betoning af, hvilke omstændigheder, der er afgørende for, at den generelle sygedagpengeindsats virker bedst muligt. Samtidig peges der i både interview og spørgeskemaundersøgelse på en række udfordringer i forhold til en egentlig realisering og implementering af disse antagelser i praksis. Disse antagelser går på, at det er afgørende, at indsatserne gennemføres tidligt, tværfagligt, individuelt tilrettelagt og virksomhedsrettet. Det undersøges i afsnittet, på hvilken måde en række systemverdenskontekstuelle barrierer potentielt bevirker det, som på visse punkter kan betegnes som en systemisk implementeringsfejl i den samlede sygedagpengeindsats, en forståelse der måske kan medvirke til at nuancere, hvorfor det er svært at etablere *sikker viden om, hvad der virker* på området.

Det første kontekstuelle tema, der tages hul på, handler om vilkårene for en tidligt og fleksibelt tilrettelagt indsat. Såvel lovgivningen (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2013) som

de fagprofessionelle i indsatser og jobcentre, betoner den tidlige intervention og igangsættelse af indsatser som et afgørende element i arbejdet med sygedagpengemodtagere og som afgørende for målet om en hurtigst mulig raskmelding. I den danske forskning på området ses tendenser til en i hvert fald delvis opbakning til denne antagelse, selvom der ikke hersker enighed i litteraturen om, *hvor tidligt* en tidlig indsats skal være for at falde under kategorien (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). Til trods for erfaringerne på frontlinjeniveau, den delvise opbakning til en tidligt iværksat indsats i forskningen, og det intuitive element i antagelsen om at tidlig indgriben også kan medføre en hurtigere afhjælpning af problemerne, ses der i indsatsernes systemverdenskontekst forskellige barrierer for adgang til målet om at sætte tidligt ind i en borgers sygdomsforløb. Disse bliver analyseret i det følgende.

I forbindelse med reformen fra 2014 introducerede man i sygedagpengeindsatsen to centrale værktøjer, som sigtede mod netop en styrkelse af den tidlige indsats på området. Det ene bestod af en fremrykkelse af det tidspunkt, forinden hvilket jobcenteret skal have taget kontakt til den sygemeldte borger, og forinden hvilket borgeren skal have opsøgt egen læge. Her skal borgeren indhente en lægeerklæring, som beskriver forholdene omkring sygdom og arbejdsevne, og angiver lægens vurdering af tidspunktet for borgerens raskmelding. I afhandlingens evaluering af de udvalgte indsatser, ses det dog, at disse lægeerklæringer flere steder i praksis ikke udfyldes tilstrækkeligt til at imødegå sagsbehandlerens behov for dokumentation af sygdomsårsag og prognosen for raskmelding. Jobcentrene har lettere ved at få hurtig kontakt med borgere, som sendes direkte fra A-kasserne, mens de ansatte sygemeldte og de selvstændige tager gennemsnitligt længere tid, grundet den 30 dage lange arbejdsgiverbetalte periode i starten af en sygemelding.

Et andet værktøj der sigter mod en tidlig indsats, blev i 2014-reformen præsenteret i form af den såkaldte *fast-track løsning*. Denne model sigter mod, at arbejdsgiver eller medarbejder kan anmode om et ekstra hurtigt forløb inden for fem uger fra første sygedag, og at jobcenteret derefter forpligtes til at indkalde til samtale senest to uger efter anmodningen, hvis medarbejderen er indforstået hermed. Man omgår med andre ord de 30 dages arbejdsgiverperiode, som ellers af flere aktører beskrives som en hindring for at komme tidligere i gang med indsatsen. Jobcentrene kan også selv iværksætte *fast-track indsatser* i regi af eksisterende tilbud (Beskæftigelsesministeriet, 2017b) og værktøjet er et forsøg på at sikre en hurtigere vej igennem systemet for sygemeldte borgere, som ønsker dette. Når denne mulighed kobles med den af aktørerne udtrykte tiltro til vigtigheden af en tidlig indsats, er det bemærkelsesværdigt,



at der i den samlede empiri i afhandlingen ikke findes hverken aktører eller jobcentre, som angiver, at man arbejder systematisk med dette værktøj. Virksomhederne kender ikke tilstrækkeligt til ordningen og anvender den derfor ikke, forklares det, og jobcentrene har sjældent selv iværksat initiativer i denne forbindelse. Der synes at være enighed om, at der mangler oplysning på området til de virksomheder, som kunne drage nytte af ordningen, herunder eksempelvis kommunen selv som arbejdsplads. Resultaterne bakkes op af blandt andet Deloitte (2016), som påviser at 75 % af virksomhederne ikke kender til muligheden, og at de få anmodninger om *fast-track*, som der har været, ikke alle foranlediger en egentlig iværksættelse af et hurtigt forløb (2016:24-28).

Andre forsinkelser i borgernes forløb opstår ifølge empirien på baggrund af en træghed i samarbejdet mellem jobcentrene og andre involverede sektorer i sygedagpengesager, herunder særligt sundhedssektoren. Det understreges gentagne gange i såvel spørgeskemabesvarelser som i interview, at ventetider og dårlig koordinering af sagsforløb mellem sundheds- og beskæftigelsessystemet dels er kilde til store frustrationer men også er direkte årsag til forsinkelser af sygedagpengeforløbet. Dette er problematisk i forhold til antagelsen om, at tidligere indsatser medfører tidligere raskmeldinger. Dette bakkes op af eksempelvis Dansk Sundhedsinstitut (2010), som konkluderer, at en sen behandling i sundhedssystemet for sygedagpengemodtagere, ikke overraskende medfører længere sygedagpengeforløb (DSI, 2010:63). I spørgeskemaet påpeger jobcentrene desuden en udfordring som følge af svær kommunikation mellem sektorer, som hver er underlagt forskellige lovgivningsmæssige hensyn og forskellige målsætninger for deres arbejde med borgerne. Denne problemstilling inddrages videre i det følgende tema om tværfaglig koordination og samarbejde, som en afgørende faktor for indsatserne.

Det fremgår tydeligt i jobcentrenes og Quick Cares beskrivelser, at man som privat aktør på sygedagpengeområdet har andre forudsætninger for at operere under vilkår, som fordrer en tidligere og mere fleksibel indsats over for de sygemeldte. Flere sagsbehandlere nævner, at de anvender tilbud hos Quick Care når *det skal gå stærkt*, og hvis man ikke vurderer det hensigtsmæssigt at vente på en iværksættelse af eksempelvis et af kommunens egne tilbud. Quick Care selv opererer ligesom jobcentermedarbejderne ud fra en antagelse om vigtigheden af at iværksætte hurtige tiltag for de borgere, de møder, og bruger dette som en del af berettigelsen af deres tilbud i forhold til andre lignende indsatser. Flere steder er det muligt for medarbejderne

i den fysioterapeutiske træningsindsats, at tage en borger ind med få dages varsel. Grundet virksomhedens struktur og sammensætning, er det muligt at sikre en hurtig omstilling og op- eller nedjustering af eksempelvis antallet af træningspladser til borgerne eller andelen af medarbejdertimer, en fleksibilitet som ikke i lige så høj grad er mulig i hverken jobcentrene eller i kommunernes egne indsatser. Tidligere undersøgelser af jobcentrenes brug af *andre aktører* understøtter, at disse anvendes som en fleksibel stødpude til aflastning af jobcentrene, hvilket til tider vægtes højere end aktørernes resultater (Bredgaard & Larsen, 2006).

Afhandlingens empiri peger desuden på udfordringer i forbindelse med anvendelsen af og manglen på koordinerede IT-systemer på tværs af både kommunegrænser, afdelinger og områder, og det bemærkes gentagne gange fra stort set alle aktørgrupper, hvordan en sammenkobling af IT-systemer ville lette såvel administration som samarbejde, og medføre et hurtigere sagsforløb på denne baggrund. Disse udfordringer er også påpeget hos Deloitte (2016).

En anden fremtrædende antagelse i indsatserne, som også står ganske centralt i frontlinjemedarbejdernes egne forståelser af, hvilke faktorer der er vigtige i deres arbejde og møde med borgeren, er nødvendigheden af at sikre en individuel tilrettelæggelse af sagerne og inddrage borgerne i forløbet, under en helhedsvurdering af deres behov. Som det er anskuet tidligere i analysen, er både helhedssynet og borgerinddragelsen dog til tider sat under pres af kontekstuelle omstændigheder, til trods for den vigtighed som det ellers tillægges af både sagsbehandlere, ledere og i lovgivningen. Et helhedssyn og en reel inddragelse af borgerne kræver i nogen udstrækning frie rammer for sagsbehandlernes vurderinger og muligheder for netop at differentiere indsatser, tidspunkter, tilbudstyper og opfølgning, tilrettelagt på en måde, som passer borgerens behov. I interviewene med Quick Cares frontlinjemedarbejdere øjnes her en forskel i rammerne for mødet med borgeren. Hvor jobcentersagsbehandlere er påvirket af målsætningen om hurtigst muligt at få borgeren raskmeldt og eventuelt visiteret til en aktivitet med dette for øje, har Quick Cares medarbejdere en afgrænset tidsperiode med ugentlige interaktioner med borgeren, med hvem de mere frit kan opbygge og indgå i et samarbejde, som præges mere af fortrolighed end af forvaltningen af et myndighedsansvar. Således har medarbejderne i Quick Cares indsatser i nogen udstrækning bedre mulighed for at arbejde med en individuel tilrettelæggelse af de konkrete aktiviteter i tilbuddet, og forsøge at tage højde for nogle af de begrænsninger, som forholdende omkring borgeren måtte fordrer.

Mik-Meyer, Christensen & Johansen (2009) samt Mik-Meyer (2009), påviser, hvordan sagsbehandlere i forhold til medicinske fagprofessionelle ser forskelligt på begreberne *syg* og *rask* hos deres borgere, samt hvilke potentielle frustrationer dette medfører. Selvom sagsbehandlerne udtrykker ambitioner om at *se det hele menneske*, er jobcentrene begrænsede af lovgivningen til et mere snævert fokus på individets egen sygdom alene, og på hvad det betyder for arbejdsevne. Sagsbehandlerne i interviewene tilkendegiver flere steder, at man forsøger at sikre helhedssynet igennem samtalerne med borgerne, men man er samtidig underlagt krav om at dokumentere og det at relatere alt til borgerens ret til ydelsen. Her kan andre faggrupper, eksempelvis egen læge eller medarbejderne hos Quick Care i højere grad arbejde med en række psykosociale forhold omkring borgerens tilstand og livssituation som helhed, og derefter koble dette til arbejdslivet.

I interviewmaterialet fremgår det gentagende gange, hvordan kontekstuelle udfordringer har en direkte indvirkning på borgerne og på indsatsernes resultater. Adspurgt hvad vedkommende erfarer, kan være en barriere for borgerens motivation og derved gøre dem svære at *rykke*, forklarer en fysioterapeut i Quick Care Holbæk:

*"Jeg tror blandt andet, det kan være på grund af at de tænker så meget på deres økonomi og deres fremtid. At de er pressede på en masse måder. De får ikke roen til at komme sig, i det her system og til at lade indsatserne virke. I hvert fald dem, der har været her længe og hvor sagen snart udløber. Så er det svært at finde roen til at komme videre. Det tror jeg er den største barriere. Og så kan man sige, at hvis der stadig er uforløste psykiske barrierer, hvor de har brug for at komme til psykolog, hvilket de måske ikke kan, fordi de ikke har pengene til det, så kan det også være rigtig svært. Jeg kan godt gå lidt ind på det, tage nogle samtaler med dem, men jeg vil helst ikke [...] gå for meget ind i det psykologiske arbejde, for det er ikke mit fagområde."*

(Fysioterapeut A, Quick Care Holbæk)

Fysioterapeuten i det ovenstående fokuserer på faktorer ud over den egentlige sygdom, som, erfarer vedkommende, påvirker borgernes deltagelse i indsatsen. Her refererer fysioterapeuten til de udfordringer, som er medført på baggrund af det fremskudte revurderingstidspunkt i reformen fra 2014. Selvom dette revurderingstidspunkt blev fremskudt med argumenter om at sikre incitamentet hos både kommuner og borgere om en tidligere indsats og følgende raskmelding, og samtidig sikre et forsørgelsesgrundlag for sygemeldte ud over det første år, kritiseres

det i afhandlingen bredt på tværs af faggrupper og organisationer, at den nuværende tidsperiode for sygemelding er for kort til, at man reelt kan nå at udrede, afklare og genoptræne færdigheder, samtidig med at det påvirker borgerens fokus og relationen mellem borger og medarbejdere, fordi det har potentielle konsekvenser for borgerens forsørgelsesgrundlag. I et fokusgruppeinterview forklarer en sagsbehandler i Silkeborg, hvordan samarbejdet på tværs af sektorer kan være en udfordring, inden for de nuværende rammer:

*"Men hvor du førhen havde 52 uger til at lave en udredning, så har du 22 uger nu. Også i forhold til sundhedssystemet. I rigtig mange tilfælde, der når man ikke at blive færdig med den udredning, fordi man tit i sundhedsvæsenet bruger udelukkelsesmetoden og tænker 'det handler ikke om dét og det, nå, men så skal vi tage nogen nye undersøgelser'. Så skal vi faktisk træffe afgørelser om folks forsørgelse, om forlængelse af deres sygedagpenge, for når der er tale om et uafklaret helbredssituation, så kan sygedagpengene ikke forlænges, per definition."*

(Sagsbehandler A, Silkeborg)

I ovenstående påpeger sagsbehandleren, at de udfordringer der findes, herunder ventetider mellem sektorerne, yderligere sættes under pres ved det fremskudte revurderingstidspunkt, Hendes kollega uddyber videre, hvordan dette påvirker samarbejdet med og relationen til borgeren:

*"Jamen, det er jo et pres. Hvis man er syg, så er man syg. Man får det ikke bedre af, at man kun må være det i 22 uger [...]. Sundhedsvæsenet, de arbejder så hurtigt de kan. De kan ikke løbe hurtigere, men det kræver vores lovgivning, at de gør. Så får borgerne det bare rigtig skidt, når de også skal til at bekymre sig om deres forsørgelsesgrundlag. Det bliver så svært at arbejde med, når deres fokus er på de [økonomiske] bekymringer."*

(Sagsbehandler F, Silkeborg)

I tillæg til ovenstående, medfører det fremskudte revurderingstidspunkt en øget arbejdsbyrde i følge sagsbehandlerne, fordi de som konsekvens af fremrykningen er nødsaget til at foretage langt flere revurderinger, end før reformen. Deloitte (2016) peger i en undersøgelse på, at dette drejer sig om op mod 32.000 revurderinger om året. Den korte tidsramme for borgerens sygemeldingsforløb inden overgangen til et eventuelt jobafklaringsforløb, en raskmelding eller en forlængelse, bliver således en barriere for en reel individuel tilrettelæggelse og et helhedssyn, og begrænser den

vigtige relation mellem fagprofessionel og borger, som ellers tidligere i analysen blev vist central for moderatorer i indsatserne, herunder tillid og motivation. Tidspresset udgør desuden en pointe i forhold til samarbejdet mellem Quick Cares indsatser og jobcentrene, idet en stor del af Quick Cares arbejde i praksis fungerer som en aflastning af sagsbehandlerne, blandt andet fordi man sikrer skriftlig afrapportering og dokumentation, og har en proaktiv tilgang til at fjerne hindringer i borgernes sager ved at handle hurtigt, koordinere med relevante aktører og sikre løbende afrapportering.

Følgelig ser analysen nærmere på omstændighederne for tværfagligt samarbejde mellem forskellige dele af systemet, som ofte involveres i sygedagpengesager. Det handler med andre ord om samarbejdet dels internt mellem forskellige faggrupper på beskæftigelsesområdet og dels mellem beskæftigelsesområdet og de omkransende sektorer, med særligt fokus på samarbejdet med sundhedssystemet. Den tværfaglige koordination er central i sygedagpengesager, som til tider består af flere forskellige problemstillinger, både sundhedsmæssigt, beskæftigelsesmæssigt og socialt. Dette stiller krav til indsatsernes systemiske kontekst og til rammerne for kommunikation på tværs af faggrupper og ansvarsområder. Tidligere studier har påpeget udfordringer med manglende samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsessektoren og såkaldt *silotænkning* i både dansk og international sammenhæng (Erikson et al., 2008; Hultberg, 2005; Knorring et al., 2009).

Hos Johansen et al. (2011) studeres samarbejdet mellem læger og sagsbehandlere, og forskerne peger på, at flere ting står i vejen, herunder tidsmæssige ressourcer, høj udskiftning blandt sagsbehandlere, forskellige paradigmer, manglende tillid og forskellige juridiske forpligtelser. Dette kommer eksempelvis til udtryk igennem den lægeerklæring, som borgeren skal medbringe ved første samtale i jobcenteret, hvor lægen skal have udfyldt forventet raskmeldingstidspunkt. Dette synes at være en udfordring, antageligvis fordi det i en lægelig sammenhæng ikke altid er realistisk at sætte en dato for, hvornår eksempelvis en stressproblematik er afhjulpet. Samtidig er sagsbehandlerne afhængige af denne dato som dokumentation i sygedagpengesagen.

Det viser sig til tider vanskeligt at kommunikere på tværs af faggrupper, og samtidig være underlagt forskellige forpligtelser og derved fokusere på forskellige aspekter af borgerens sag. Hvor lægeprofessionen anskuer sagerne inden for et patologisk fokuseret paradigme, er sagsbehandlernes arbejde tilrettelagt efter et fokus på hurtig beskæftigelse. Hvor en sagsbehandler er nødsaget til at have medicinske årsager som

grundlag for økonomisk støtte og for at sikre den statslige refusion, møder lægen en anden virkelighed med borgere der beretter om begrænsede personlige, økonomiske og sociale ressourcer, som også påvirker deres sygemelding. Det bevirker til tider at sagsbehandlerne og andre frontlinjemedarbejdere i beskæftigelsesindsatserne anskuer de privatpraktiserende læger som en barriere, fordi de beskytter borgerne eller tager deres ord for gode varer uden afprøvning. Disse registrerede tendenser i empirien understøttes af tidligere forskning på området (Johansen et al., 2011:62-65). Beslutningskompetencen i forhold til en raskmelding eller forlængelse af borgerens sag ligger dog i sidste ende hos sagsbehandlerne. Under lægefaglig sparring fra de til jobcenteret tilknyttede lægekonsulenter bedes således medarbejdere med primære kompetencer inden for det social- og beskæftigelsesfaglige område, om at foretage vurderinger omkring skånehensyn, smertehåndtering, arbejdsbelastning og sygdom. Dette gælder for borgere med såvel fysiske som psykiske lidelser og stiller meget store krav til den enkelte sagsbehandlers faglighed.

Tværfagligheden står markant i jobcentrenes beskrivelse af deres arbejde, og af hvad der er vigtigt i forhold til at hjælpe sygedagpengemodtagerne. På lignende vis står tværfaglighed centralt i lovgivningens forskrifter for indsatsen (Beskæftigelsesministeriet, 2017b). Men ved nærmere undersøgelse af, hvordan denne tværfaglighed konkret udmønter sig i praksis, belyses en række udfordringer for en reel integreret faglighed på tværs af faggrupper og sektorer, som inddrages forud for beslutninger i borgernes sag og gøres til fundamentet for vurderinger igennem forløbet. Dette bevirker at der på flere punkter bliver tale om en række parallelle fagligheder, hvis samarbejde bliver af mere operationel karakter, snarere end faglig tværgåenhed. Adspurgt om karakteren af den tværfaglighed, som vægtes højt i indsatsen, beretter en sagsbehandler om hvordan denne kommer til udtryk i hendes dagligdag:

*"Ja, altså jeg har haft nogle enkelte rundbordssamtaler med egen læge, det synes jeg egentligt fungerede rigtig godt: Men der er bare ikke tiden til det, hverken fra vores side eller fra lægens. Og så bliver det ofte, at man indhenter attester når man skal bruge dem, i forhold til vurderingen af deres [borgerens] sag. Eller sådan en hurtig opringning, for lige at afklare noget. Så det ville virke bedre, hvis vi havde flere muligheder for sådan rigtigt at ... altså sammen foretage nogle vurderinger på tværs".*

(Sagsbehandler F, Silkeborg)

Det påpeges opsummerende af både jobcentermedarbejdere, ledelse og Quick Cares frontlinjemedarbejdere, at der findes barrierer for kommunikationen på tværs af sektorer og på tværs af fagligheder. Dette medvirker i nogen grad til, at man ikke arbejder efter samme mål og retningslinjer, idet de forskellige logikker som er på spil i de forskellige dele af borgerens sag, ikke altid er overensstemmende. Dette opleves som forhalende for sagsforløbene. Empirien tyder på, at vilkårene for tværfaglighed flere steder bedres, når der ansættes direkte *ambassadører* på tværs af fag og faggrupper. Eksempler på dette er når en fysioterapeut hos Quick Care varetager arbejdet som virksomhedskonsulent og i dette arbejde kan trække på de fysioterapeutiske fagligheder i forståelsen af nødvendige skånehensyn på arbejdspladserne. Eller når de aktive indsatser i en kommune samles og koordineres af en socialrådgiver hos Quick Care, som hjælper medarbejder i virksomheden med afrapporteringen tilbage til jobcenterets sagsbehandlere.

## 6.5 OPSUMMERING

Det afsluttende analysekapitel har udforsket, hvilke underliggende virksomme mekanismer, der er centrale i forhold til yderligere at påvirke borgernes udbytte af indsatserne. I analysen understøtter aktørerne, at det i den fysioterapeutiske træningsindsats er faktorer som respons på den fysiske træning og en kobling mellem sundhed og arbejdsliv, om er afgørende for, at indsatserne får de virkninger, som de har til hensigt. For tilbud om virksomhedspraktik står det centralt at mekanismer om et fordelagtigt match med virksomheden realiseres, samt at realistiske og meningsfulde arbejdsopgaver defineres under de rette skånehensyn. På denne måde har analysen nærmet sig en forståelse af, hvilke mekanismer i indsatserne som forbinder aktiviteterne med deres virkninger. Følgelig gik afsnittet ind i en analyse af de modererende faktorer, som påvirker mekanismernes aktivering og derved virkning i forhold til resultaterne. Således tog afsnittet hul på analysen af de kontekstuelle betingelser som påvirker indsatserne, uden dog at inddrage en nærmere analyse af, hvilke rammer på både aktørniveau og strukturelt, der påvirker resultaterne af indsatserne. Her påviste analysen en række tværgående moderatoren på tværs af tilbudstyper og aktiviteter, som af aktørerne vurderes afgørende. Disse moderatoren var hovedsageligt betonet af relationelle forhold mellem borger og frontlinjemedarbejder, som påvirkede forhold som motivation, tillid og normalisering. Dertil kom en række andre moderatoren af betydning for mekanismernes aktivering, herunder en løbende optrapning af belastning og rummelighed i

modtagervirksomhederne for virksomhedspraktik. Således tog analysen hul på en forståelse af indsatsernes omstændigheder og betydningen af disse for virkningerne. Det næstkommende og afsluttende analysekapitel, tager afslutningsvist fat på en uddybende analyse af netop indsatsernes kontekstuelle betingelser, og betydningen af disse for resultaterne.

Sammenfattende viser det foregående analyseafsnit, at der på borgerniveau tegner sig et billede af omstændigheder, herunder sociale, familiære, mentale og økonomiske, som øver indflydelse på den måde, som borgeren kan indgå i indsatser på og som forventeligt påvirker deres udbytte heraf. Dette tegner et emirisk billede af den forståelse af tværgående modererende faktorer (Dahler-Larsen, 2013), som ud over indsatsaktiviteterne medvirker til at betinge virkningerne (Blom & Morén, 2010). Borgernes orienteringer mod forskellige klientstrategier ((Mik-Meyer, Christensen & Johansen, 2009; Jacobi, 2013; Skals, 2016) kan anskues ikke kun som selvvalgte strategier i mødet med systemet, men også som et værktøj til at identificere, hvilken sagsbehandlertilgang der kan være fordelagtig. Et andet kontekstuel niveau af betydning for indsatserne og deres virkninger er det, der i afsnittet er identificeret som systemverdenskonteksten. I analysen af denne behandles forskellige kontekstuelle barrierer i samarbejde, lovgivning og organisationer for blandt andet opnåelsen af tidligere og tværfaglige helhedsvurderinger af sygemeldte borgere, som der blandt fagprofessionelle er bred enighed om nødvendigheden af, når målet er virksomme indsatser for sygemeldte.

Analysen peger på at faktorer som tværgående kommunikation og ventetider i andre sektorer, indvirker på frontlinjemedarbejdernes mulighed for at iværksætte de hurtige tiltag, som ellers vurderes afgørende. Helhedssynet i arbejdet med borgerne udfordres af de lovgivningsmæssige og de økonomiske rammer, herunder kravene om revurdering og reglerne for refusion. Desuden peges på en såkaldt operationel praktisering af tværfaglighed, som ofte får mere karakter af parallelle fagligheder rent praktisk koordineres når nødvendigt, frem for en integrering af tværfaglige overvejelser forud for beslutninger i borgernes sagsforløb.

Ikke alle dele af programteoriene lader sig i denne afhandlings analyse direkte undersøge igennem de udvalgte metoder, herunder flere af de opstillede mekanismer og delmål. Et eksempel på dette er, at det ikke i denne evaluering har været muligt at måle de faktiske ændringer i en borgers muskulære styrke over tid, eller måle ændringer i endorfin-niveau i forbindelse med træning. På lignende måde har det ikke



været muligt direkte at observere, hvorvidt samtlige aktiviteter i tilbuddene rent faktisk gennemføres som angivet. Derfor har aktørernes udsagn om disse aktiviteter, mål og delmål gennemgående været anvendt som indikatorer for, hvorvidt noget er forekommet. Indikatorer blev udviklet af evaluator og operationaliseret igennem fx interview og spørgeguide ved eksempelvis at spørge til, hvem der løste en given opgave, hvilket ansvar borgeren havde i en given sammenhæng, eller hvorvidt det var borgerens oplevelse, at dennes fysiske tilstand blev forbedret som konsekvens af aktiviteterne. En sådan subjektiv målestok for mere objektive indikatorer har potentielt visse begrænsninger, idet det ikke er muligt at efterprøve, hvorvidt aktørernes udsagn stemmer overens med faktiske ændringer.



# KAPITEL 7: KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVERING AF RESULTATERNE

*"Whoever acquires knowledge and does not practice it resembles him who ploughs his land and leaves it unsown."*

*Gulistan, 1258*

## 7.1 AFHANDLINGENS KONKLUSIONER

Denne afhandling har haft som hovedformål at undersøge, hvordan udvalgte beskæftigelsesrettede indsatser virker over for definerede undergrupper af sygedagpengemodtagere, samt hvad der kan forklare eventuelle virkninger og hvilke omstændigheder og betingelser, der er afgørende for at de opstår. Analysen har undersøgt forskningsspørgsmålet under tre forskellige tematikker, som hver havde til formål at besvare særskilte delspørgsmål i relation til den overordnede problemstilling. I dette kapitel samles afhandlingens konklusioner på de overordnede forskningsspørgsmål.

Afhandlingens første analysetema handlede om at kortlægge tilbudsvifte, visitationsbeslutninger og antagelser i jobcentrene for at skabe en indledningsvis forståelse af frontlinjens forudsætninger og handlemæssige råderum i landets sygedagpengeafdelinger, samt for at kortlægge de organisatoriske rammer for indsatserne, af indsatstypernes anvendelse og udbredelse, samt af de dominerende faglige antagelser blandt de fagprofessionelle og deres ledelse. Analysetema A dannede grundlag for afhandlingens besvarelse af afhandlingens forskningsspørgsmål, ved at kortlægge indsatsernes anvendelse og udbredelse, indledningsvis opridsede de fagprofessionelles antagelser om indsatsernes virkning og skabe viden om målgruppen for indsatserne. I analysen blev det belyst, hvordan vurderingerne af borgernes behov står centralt for både beslutninger omkring tilbudsviftens indhold, samt beslutninger om visitation til tilbud. Denne behovsvurdering udfoldes i et krydsfelt mellem hensyntagen til lovgivning og en kategorisering af borgernes motivation og arbejdsidentitet (Jacobi, 2013). Hertil indgår desuden vurderinger af den enkeltes sygdomsproblemer, baseret blandt andet på

lægelige vurderinger og dette kombineres med sagsbehandlingernes egne erfaringer fra arbejdet og de institutionelle, organisatoriske og økonomiske rammer.

Et afgørende parameter for de ledelsesmæssige beslutninger om tilbudsviften, samt for sagsbehandlingernes overvejelser i visitationen, angives at bestå af viden omkring tilbuddenes virkninger og resultater, men det er en udfordring empirisk at opnå en konkretisering af, hvorfra viden om indsatsernes virkninger stammer. Vilklårene for direkte vidensinddragelse i jobcentrenes praksis er udfordret af visse faktorer, herunder ressourcer og metodiske kompetencer. Den viden, der trækkes på i bestemmelsen af tilbudsviften og i visitationen, bliver derfor nogle steder præget af en blanding af individuel erfaringsbaseret viden og kollektive narrativer, som kombineres med de centrale antagelser fra politisk og lovgivningsmæssigt niveau. I nogle jobcentre ses en ensretning af tilbud til den brede borgergruppe, ud fra en lokalpolitisk forståelse af, hvor der findes bedst evidens. Således udfordres målsætningerne om at evidensbasere indsatserne af, at der dels hersker usikkerheder omkring hvilken viden det præcis er at evidensen på området foreskriver, hvorfor beslutninger om tilrettelæggelsen af tilbud og visitation i højere grad udformes i et krydsfelt mellem frontlinjens antagelser og vurderinger, dels af de lovgivningsmæssige, økonomiske og organisatoriske rammer (Lipsky, 1980; May & Winter, 2007, Winter & Nielsen, 2008).

Efterfølgende tog analysetema (B) greb om at undersøge, hvilke indsatser der virker for hvilke borgere, og gennemførte derfor en registerdataanalyse af indsatsernes effekter. Dette havde til formål at besvare den del af forskningsspørgsmålet som handler om, hvilke indsatser som virker over for hvilke borgere. Her udpeges en sammenhæng mellem typen af indsats en borger deltager i, og de efterfølgende uger en borger tilbringer på henholdsvis sygedagpenge og i beskæftigelse. Der blev påvist en sammenhæng imellem deltagelse i Quick Cares fysioterapeutiske tilbud og færre efterfølgende uger på sygedagpenge samt flere uger i efterfølgende beskæftigelse i indsatsåret, når man sammenligner resultaterne med borgere, som har deltaget i almindelige tilbud under Vejledning og Opkvalificering. Ligeledes viste analysen en generel sammenhæng mellem deltagelse i virksomhedspraktik og ligeledes færre uger på sygedagpenge og en højere beskæftigelsesgrad, når der sammenlignes med referencegrupper. Effektanalysen pegede på, at faktorer som højere alder og en lavere uddannelse har en negativ indflydelse på borgernes udbytte af indsatserne og medvirker til en øget risiko for længere sygemelding og lavere efterfølgende beskæftigelsesgrad. Desuden blev det undersøgt, hvordan manglende arbejdsgivertilknytning under sygdom, lidelser med rod i psykiske problematikker,

samt en historik af gentagende sygemeldinger alt sammen indvirker negativt på udbyttet af de aktive indsatser. Således peger analyserne på, at der er forskelle på hvilket udbytte borgere i den heterogene målgruppe har af tilbuddene. Bemærkelsesværdigt er det, at ingen af disse faktorer tillægges betydning i jobcentrenes tilrettelæggelse af tilbudsvifte og visitation (jf. afsnit 6.2.1).

Effektanalysen viste desuden en sammenhæng mellem indsatstyperne og en række delmål, herunder forbrug af lægemidler og antal lægebesøg i indsatsåret. Disse delmål var operationaliserede udtryk for en borgers progression mod raskmelding og selvforsørgelse. Det blev påvist, at deltagelse i Quick Cares fysioterapeutiske tilbud og deltagelse i generelle tilbud om virksomhedspraktik var forbundet med færre lægebesøg og færre henvisninger til psykolog i året for indsats, men forbundet med et højere forbrug af lægemidler. Det var ikke muligt at påvise langsigtede effekter af indsatstyperne, hvilket findes at være i overensstemmelse med tidligere forskning i beskæftigelsesindsatser (Bredgaard et al., 2011).

Afhandlingens sidste analysetema (C) tog fat på at analysere, hvilke mekanismer, som er afgørende for at de beskæftigelsesrettede rehabiliterende indsatser hjælper borgere tættere på raskmelding og selvforsørgelse, med henblik på at forklare og forstå de ovenfor påviste effekter af indsatserne. Sammen med analysen af indsatsernes kontekstuelle betingelser skulle dette sidste analysetema besvare spørgsmålene om, hvorfor indsatsernes virkninger opstår og hvilke betingelser der er afgørende herfor. Denne analyse af indsatsernes indhold og dets forbindelse med resultaterne peger på, at det i den fysioterapeutiske træningsindsats er mekanismer som respons på den fysiske træning og en kobling mellem sundhed og arbejdsliv igennem indsigt i disse forhold, som er afgørende for, at indsatserne får de virkninger, som de har til hensigt. Desuden er det nødvendigt for opnåelsen af målene om et højere funktionsniveau, at borgerne oplever en løbende træningstilvæning og mestring af de begrænsninger sygdommen medfører. For tilbud om virksomhedspraktik står det centralt, at mekanismen om et fordelagtigt match med virksomheden realiseres, samt at realistiske og meningsfulde arbejdsopgaver defineres under de rette skånehensyn. Sammenhængen mellem praktikken og et almindeligt arbejde og definitionen af realistiske arbejdsopgaver er afgørende for opnåelsen af en styrket arbejdsidentitet, og den løbende optræning af belastning og ansvar er også her afgørende for målene om at udvikle borgernes kompetencer og mestringsevne. Antagelsen om at virksomhedspraktikker hjælper borgerne til at udvide deres arbejdsrelevante netværk, kunne dog ikke understøttes af empirien.

Den sidste del af afhandlingen fokuserede på de kontekstuelle rammer for indsatserne, og disse rammers betydning for virkningerne af de tiltag, som iværksættes for borgerne. Ud over de påviste sammenhænge mellem specifikke indsatstyper og sammenhængen med borgernes efterfølgende sygemeldings- og beskæftigelsesfrekvens, blev der i afhandlingen udpeget flere såkaldt modererende faktorer, som synes at række på tværs af indsatsernes konkrete aktiviteter. Interview med borgere og frontlinjemedarbejdere viser, hvordan det på tværs af indsatserne er afgørende for virkningerne, at der etableres en tillidsfuld relation til den fagprofessionelle, hvilket påvirker borgerens motivation og dermed styrker samarbejdet med borgeren. Dette medfører igen, at borgeren gennemfører den løbende træning eller det stabile fremmøde i praktik, som igen bevirker den øgning af kompetencer som er formålet med aktiviteten. Løbende oplevelser af succes er desuden afgørende og påvirkes af en realistisk, gradvis øgning af arbejds- og træningsbelastning, med udgangspunkt i de med borgeren definerede realistiske skridt.

Afhandlingens analyser tyder, med enkelte justeringer, på at de grundlæggende programteoretiske antagelser om mekanismer og virkninger understøttes af det empiriske materiale. Antagelserne om sammenhænge mellem aktiviteter, mekanismer og resultater anerkendes i vid udstrækning af de centrale aktører på området på både jobcenter- borger- og indsatsniveau. Der, hvor indsatserne således ikke virker efter hensigten, ses snarere udfordringer med en reel implementering af de teoretiske antagelser, som programteorien bygger på. Sondringen mellem teori- og implementeringsfejl (Funnel & Rogers, 2011) bliver i denne sammenhæng relevant, fordi empirien peger på, at mekanismer ikke er uegnede til at forbinde aktiviteter under givne omstændigheder med deres målsætninger, men snarere til tider forhindres i at blive aktiveret af omstændighederne. Således peger analyserne på forskellige kontekstuelle faktorer betydning for indsatsernes virkninger, herunder henholdsvis jobcentre og *anden aktørs* vilkår for at arbejde tværfagligt og individuelt tilrettelagt med tidlige indsatser og dermed moderere de virksomme mekanismer, som jf. afhandlingens konklusioner er centrale forklaringer på indsatsernes virkninger. Desuden peger analyserne af både spørgeskemadata, registerdata og interview på en række forhold hos den enkelte borger, som påvirker vedkommendes mulighed for at drage nytte af de rehabiliterende beskæftigelsesrettede tilbud, herunder vedkommendes arbejdsmarkedshistorik, sygdomshistorik og nuværende arbejdsgivertilknnytning, men også faktorer såsom orientering mod henholdsvis arbejde eller sygdom, samt deres mentale, helbredsmæssige og sociale situation.

Således tyder afhandlingens samlede konklusioner på, at der ud over de rehabiliterende beskæftigelsesrettede indsatser og aktiviteter i sig selv, findes en række faktorer omkring og mellem indsatsernes aktører, som medvirker til at betinge de resultater som indsatserne opnår. Interviewene tegner et billede af, at der i sygedagpengeindsatsens frontlinje i høj grad eksisterer viden om, hvilke borgere som under hvilke betingelser kan hjælpes nærmere selvforsørgelse igennem de aktive indsatser, men at der ikke altid er de nødvendige kontekstuelle forhold på plads til at omsætte den viden til handling i praksis.

Blom & Morén (2010) citerer Hubble (1999) for at skrive: "*maybe we know more than we think we know*". Med dette udsagn henvises til professionelles bevidsthed om, at en række fællesnævnerne synes at gå på tværs af succesfulde indsatser, og at det således ikke er indsatsernes aktiviteter alene, som fører til resultater.<sup>44</sup> I denne afhandling knyttes denne forståelse af tværgående faktorer an til det moderatorbegreb, som sædvanligvis anvendes indenfor dansk virkningsevaluering. (Dahler-Larsen, 2013). På baggrund af analysen af det empiriske data oversættes de tværgående faktorer til at omhandle fire forskellige niveauer, som på tværs af succesfulde rehabiliterende beskæftigelsesrettede tilbud til sygemeldte har anseelig betydning for, hvorvidt en indsats kan rykke en borger nærmere raskmelding og arbejdsmarkedsdeltagelse. På hvert niveau er i parentes angivet hvilke modererende faktorer, der øver indflydelse på virkningen en borger opnår af deltagelse i programaktiviteterne:

- Individuelle faktorer (borgerens livsverden og forhold; sociale, økonomiske- og heldbredsmæssige).
- Mentale faktorer (borgerens forventning, motivation, orientering mod arbejdsliv).
- Relationelle faktorer: Frontlinje og borger (omsorg, respekt, tillid, afstemte mål).
- Indsatsfaktorer (aktiviteterne, eksempelvis fysisk træning eller praktik).

Denne forståelse af hvad der virker i de rehabiliterende beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte borgere, nødvendiggør et større fokus borgernes individuelle forudsætninger, på rammerne for indsatserne, samt på relationen mellem borgerne og de frontlinjemedarbejdere de møder i både jobcenter og aktiviteter, frem for fokus på

---

<sup>44</sup> Blom & Morén (2010) beskæftiger sig ligesom Hubble (1999) med den såkaldte *common factor theory*, der inden for psykoterapien har påvist, hvordan tværgående faktorer har en stærkere indflydelse på resultaterne af terapi, end den enkelte terapiform har i sig selv (Wampold, 2015)

aktiviteterne alene. Denne viden er langt fra så implementerbart tilgængelig, som kunne man én gang for alle påvise, hvilke præcise aktiviteter som medfører de ønskede resultater. Når *det som virker* synes ligeså komplekst som indsatserne selv, er det, fordi rehabilitering i beskæftigelsesøjemed ikke alene er et spørgsmål om at ordinere den rigtige *medicin* i form af et aktivt tilbud, men et spørgsmål om at borgerne alene kan hjælpes, når både individuelle personlige faktorer, relationelle samspilsfaktorer og system-betingede indsatsfaktorer til sammen går op i en meningsfuld enhed. Hvis de kontekstuelle rammer og herigennem moderatoreernes indvirkning på centrale mekanismer i virkeligheden er dét, som medvirker til resultater i indsatserne, bliver det nødvendigt at fokusere langt mere på at skabe hensigtsmæssige rammer og omstændigheder for arbejdet med sygemeldte.

Empiren i afhandlingen tegner et billede af, at både lovgivningens formuleringer og de fagprofessionelles antagelser allerede peger mod dét, som er afgørende. Dette er dog ikke det samme som, at der organisatorisk, lovgivningsmæssigt og mellem sektorerne rent praktisk også findes de rette rammer for at omsætte antagelserne til praksis. Dette peger mod dét som kan kaldes en implementeringsproblematik, snarere end en teorifejl i den fortsatte søgen efter viden om, hvad der virker for sygemeldte borgere.

I det følgende og sidste afsnit i denne afhandling præsenteres nogle videre perspektiver på afhandlingens vidensbidrag og konklusionernes generaliserbarhed, som ligger ud over besvarelsen af afhandlingens egentlige problemformulering, men som alligevel er interessante for en større forståelse af afhandlingens anvendelighed.

## 7.2 VIDENSBIDRAG OG PERSPEKTIVERING

Dette afsnit byder på en efterrationalisering af afhandlingens metodiske og teoretiske begrænsninger og en diskussion af de udfordringer, der er opstået i kølvandet på arbejdet med en evalueringsmodel, som har været inspireret af virkningsevalueringen og har arbejdet programteoretisk. Det vil blandt andet blive berørt, hvilke styrker og udfordringer der er blevet erfaret igennem arbejdet med virkningsevaluering og anvendelsen af en programteoridreven tilgang, ligesom det vil blive diskuteret i hvilken udstrækning dette evalueringsperspektiv egner sig til at behandle de såkaldt *brydsomme* problemstillinger i samfundsvidenskaben, som blev diskuteret under afhandlingens kapitel 2 (Krogstrup, 2003).



Igennem arbejdet med denne afhandling, tegnede der sig et billede af et problemfelt, hvor sygdom, og derpå følgelig borgere på sygedagpenge, anskues som et samfundsmæssigt og socialt *løsbart* problem, hvor sygemeldte borgere ved hjælp af de rette værktøjer kan flyttes fra *syge* til *ikke-syge* eller i hvert fald fra *uarbejdsdygtige* til *ikke-uarbejdsdygtige*. Dette til tider på bekostning af en mere pragmatisk tænkning om sociale problemer, som fastholder en forståelse af kompleksiteten ved sygdom på samfunds- og individniveau, og af, at sygdom og arbejdslivsdeltagelse drejer sig om situationer og livsomstændigheder, som hele tiden flytter sig. Igennem afhandlingen er formuleret et alternativ til idéen om, at vi med den rette evidens for, hvilke tilbud der virker, ganske simpelt kan finde de bedste standardløsninger på problemerne og derefter omsætte disse til praksis på området. Vi må i stedet forholde os til sygdom og manglende arbejdsevne som en del af de *vilde problemer*, hvor borgeren ikke blot er et passivt subjekt, men en handlende aktør påvirket af omstændighederne.

Forskningen på beskæftigelsesområdet har ikke hidtil formået tilstrækkeligt at konceptualisere, at rehabilitering og den enkeltes vej tilbage mod arbejde ikke sker i aktive beskæftigelsesrettede indsatser alene, men i et samspil mellem aktiviteterne i beskæftigelsesregi og alle de øvrige aspekter af en borgers liv, herunder familien, privatøkonomien, arbejdsmarkedet, sundhedssektoren og fritidslivet. Derfor bør man udvælge evalueringsværktøjer og -metoder, som giver mulighed for at studere indsatserne på flere niveauer. Hvis indsatserne studeres isoleret fra det hele liv, overses kompleksiteten i, hvad der reelt medvirker til at hjælpe sygemeldte i deres rehabilitering og viden om, *hvad der virker* bliver følgelig betinget heraf. Dette forklarer måske delvist den stadigt eksisterende tvetydighed i resultaterne på området.

I stedet må indsatsen for sygemeldte fokusere på at skabe rum for, at de fagprofessionelle i samspil med borgeren formår at koble de indsatser, systemet kan tilbyde, til at indgå i en meningsfuld sammenhæng med *alt det andet*, borgeren indgår i og gør. Udfordringen er selvsagt, at det er langt vanskeligere at oversætte disse sammenhænge til policy-niveau, end hvis man én gang for alle kunne udpege præcis, hvilke aktiviteter og tilgange som rykker en borger fra syg til rask og fra uarbejdsdygtig til deltagende på arbejdsmarkedet. Løsningen på denne udfordring er en erkendelse af, at hverken effektmål eller procesbeskrivelser kan stå alene i en formulering af, hvor løsningen ligger. Virkningsevaluering bliver i forlængelse af resultaterne fra denne afhandling et bud på, hvordan komplekse indsatser kan studeres, forklares og forstås på netop flere niveauer, og således medvirke til at skabe viden om både indsatsernes effekter og om forklaringerne på og betingelserne for disses opståen.

Arbejdet med afhandlingen har givet anledning til overvejelser om, hvorvidt udfordringerne med at skabe evidens på beskæftigelsesområdet måske ikke er evalueringsteoretiske eller metodiske, men snarere videnskabsteoretisk betoned. Måske er udfordringer med at etablere *sikker viden* om indsatserne ikke epistemologiske, men ontologiske, fordi vi upåagtet kommer til at italesætte feltet som noget, der kan afsøges for, *hvad der virker*, og derved kommer til at tale om, hvilken indsats X der bedst løser problem Y, uden hensyntagen til, at et sådan kausalitetsforhold i komplekse indsatser betinges af, at aktørerne i indsats X er handlende subjekter og at problemerne Y kontinuerligt rykker sig i samspil med omverdenen. Dette kræver samtidig, at vi vedkender os, at den viden, vi producerer om området, er betonet af usikkerhed, uagtet hvilke metoder vi bringer i anvendelse, samt at vi må tænke viden som en refleksionsressource, fremfor som direkte redskab og koncept klar til implementerbare løsninger. Det er forskningens rolle at medvirke til at frembringe disse refleksionsressourcer og give stemme til de aktører, som det drejer sig om.

Afhandlingen og dens bidrag til viden om indsatser for sygemeldte har naturligvis også en række begrænsninger både metodisk og teoretisk. Igennem brugen af en evalueringsmodel, der henter inspiration i virkningsevalueringen, ligger en del af den erkendelsesmæssige styrke ved evalueringen i dens evne til at forklare indsatsernes effekter og deres betingelser. Dog er det også erfaret, hvordan modellens rækkevidde udfordres, når den i praksis anvendes til evaluering af beskæftigelsesindsatser som de i afhandlingen inddragne.

I arbejdet med evalueringsmodellen er det til tider erfaret vanskeligt at sikre forankring af et teoriapparat i samspil med programteorien, som baserer sig på andet end nøgleaktørernes vurderinger af indsatsernes centrale antagelser og som kan medvirke til at udbrede og forstå de empiriske fund. I praksis viste det sig til tider i dette projekt at være en udfordring at få informanterne til at konkretisere, hvor deres viden om *hvad der virker* stammer fra, og dette gjorde det til tider vanskeligt at sammenholde programteorien med eksisterende forskning, og ligeledes svært at efterprøve den empirisk. Disse udfordringer med etablering og test af programteorier i realistisk evaluering, er denne afhandling ikke ene om at påpege (Rogers et al., 2000; Rogers, 2008). Således har det været nødvendigt i arbejdet med afhandlingen hele tiden at søge at oversætte aktørernes udmeldinger og antagelser til teoretiske begreber fra litteraturen, med henblik på at udfolde og kvalificere dem.

At arbejde programteoretisk har også været forbundet med visse udfordringer, for selvom programteori kan medvirke til en strukturering af evalueringsarbejdet, udgør den også potentielt en hindrende ramme, hvor kompleksiteten i en indsats reduceres, og hvor man derfor kan miste adgang til alt dét, som i virkeligheden er af betydning, men som kan være svært at formulere, konkretisere og sætte *i kasser* (Dahler-Larsen, 2013). Det viste sig i praksis til tider udfordrende at definere begreberne om kontekst, mekanismer og outcome og svært at bestemme eksempelvis, hvordan de mest centrale mekanismer indkredses, hvordan man kan afgrænse en kontekst fra en anden, eller hvilke potentielle bi-effekter evalueringen ikke tager tilstrækkeligt højde for at efterprøve. Dette er udfordringer, som også konstateres andre steder i evalueringslitteraturen på området (Hansen & Vedung, 2010). En anden programteoretisk udfordring opstod, når centrale aktører arbejdede ud fra forskellige programteorier om samme indsats og evaluator derfor måtte formulere en model, der skabte mest mulig konsensus (Dahler-Larsen, 2013).

I et forsøg på at helgardere sig programteoretisk, bliver den samlede evaluering hurtigt kompleks, og efterprøvningen af programteori kommer følgelig til at stille store tværmotodiske kompetencekrav til evaluator. Dette er i afhandlingen forsøgt imødekommet ved at afgrænse programteoriernes kompleksitetsniveau og længden af de kausalkæder, som de logiske modeller har søgt at forklare (Dahler-Larsen, 2013). Konsekvensen af dette arbejde er dog som bekendt en risiko for reduktion af den kompleksitet, som kendetegner indsatserne og de organisationer, de udføres i og dermed en begrænsning af resultaternes udsagnskraft og overførbarhed på virkelige situationer.

Programteorien risikerer også at styre evalueringsarbejdet i en retning, hvor det bliver svært at få blik for nybrud og overraskelser, fordi der i nogen grad løbes en risiko for, at praksis udformer og formulerer en række centrale antagelser omkring deres arbejde, som de derefter mere eller mindre ukritisk reproducerer, når programteoriene søges efterprøvet. Der ses dog en risiko ved en så stærkt teoridreven tilgang, nemlig at der potentielt kan opstå en tendens til, at informanter og forsker blot gengiver egne og andres antagelser, således at analyserne får karakter af nærmest tautologisk underbygning af en allerede etableret virkelighed. Derfor har afhandlingen løbende foretaget en række greb både metodisk og analytisk, som har arbejdet mod at modvirke disse udfordringer ved det programteoretiske arbejde. Disse greb har blandt andet inkluderet person- og kildetriangulering og en kritisk granskning af de

selvfølgeligheder og inforståetheder, som er blevet tydelige undervejs i analysearbejdet.

En metodisk udfordring har bestået i anvendelsen af den kvalitative empiri til efterprøvning af programteoretiske antagelser. Efterprøvning og test af programteori lægger diskursivt op til empiriske målinger, mens der i denne afhandling blev lagt vægt på at bruge aktørenes udsagn som indikatorer for eksistensen af eksempelvis bestemte mekanismer. Dette har stillet krav til de analytiske færdigheder i bearbejdningen af materialet, og har betydning for de analytiske generaliseringsmuligheder, en sådan tilgang medfører (Dahler-Larsen, 2013).

En dels af løsningen er fundet ved måden hvorpå programteoriene er etableret i samarbejde med én gruppe af frontlinjef professionelle i kombination med inddragelse af skriftligt materiale om indsatsernes indhold og formål, imens den empiriske efterprøvning er foregået hos andre aktører (både borgere, frontlinjemedarbejdere og ledere) som ikke har været involveret i denne proces, og som ikke forventeligt deler motiver eller erfaringer med den oprindelige gruppe, i forhold til præsentationen af antagelser. Det har været nødvendigt at indarbejde spørgeteknikker og underspørgsmål, som har rettet sig eksplicit mod at udfordre og få begrundet centrale antagelser på alle aktørniveauerne, netop for at forsøge at kvalificere på hvilket grundlag de bygger. Efterprøvningen af antagelserne er således sket både i en art *persontrianglering* mellem forskellige grupper på forskellige niveauer og samtidig ved brug af tilpassede interview- og spørgeskematilgange. Disse overvejelser er gået igen i analysearbejdet med kodningen af det empiriske materiale og har krævet et kontinuert fokus på at turde efterprøve også egne antagelser og forholde sig kritisk til det, der umiddelbart fremstår selvfølgeligt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Også metodisk har afhandlingen konstateret visse udfordringer, blandt andet i forhold til den gennemførte effektanalyse, som nok formår at påpege sammenhænge mellem indsatser og resultater, men igennem relativt simple multiple regressioner, som ikke udtømmer mulighederne for at nuancere og efterprøve effekter. Dette giver mulighed for ved fremtidige undersøgelser, at anvende mere avancerede statistiske metoder til undersøgelsen af effekter. En tilgang som eksempelvis propensity score matching (Søndergaard & Jacobsen, 2010), kunne have været anvendt som et alternativ til at isolere effekter af en indsats. Personer med ens karakteristika sammenholdes i denne tilgang for at måle forskelle mellem dem, som har modtaget en indsats og dem, som ikke har. En anden mulighed for at styrke det anvendte effektdesign er en nærmere

analyse af langsigtede effekter, eksempelvis målt på en række delmål, samt et forsøg på at koble længerevarende indsatsforløb til potentielle længerevarende effekter, for at belyse mulige virkninger af mere langvarige forløb.

De i afhandlingen præsenterede konklusioner på baggrund af effektmålingerne præges af, at deres udsagnskraft er begrænset grundet fraværet af en neutral kontrolgruppe, som har været uden indsats. Dette betyder en manglende mulighed i analysen for at etablere netop den kontrafaktiske situation, og derved kunne udtale sig om, hvad der ville være sket, hvis ingen intervention havde fundet sted (Vedung, 2009:217). I stedet kan denne afhandlings konklusioner bruges til at sige noget om *forskellene i indsatsernes resultater*, ved at sammenholde effekterne for en gruppe som har modtaget én indsatsstype, med effekterne for en gruppe som har modtaget en anden indsatsstype. Dette giver mulighed for at sammenligne effekter på tværs af de studerede indsats for sygemeldte, men ikke reel mulighed for at sige noget isoleret om en given indsats egen effekt over for en kontrolgruppe.

Afslutningsvis må siges om generaliserbarheden af afhandlingens resultater, at en vis styrke ligger i de udpegede indsats effekter for forskellige (del)målgrupper i indsatserne, som bygger på et bredt empirisk datagrundlag, rigt på både detaljeniveau og tidsperiode. Dette ansues som en styrke i kombination med udpegningen af hvilke betydningsfulde mekanismer og moderatorer som er afgørende for effekternes opståen og aktivering. Samtidig udpeges det dog som bekendt i afhandlingen, hvor store mellemkommunale forskelle der er på spil i tilrettelæggelsen af sygedagpengeindsatserne på landsplan (jf. afsnit 6.2), hvorfor det er relevant at stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt de etablerede fund kan generaliseres ud over de tre case-kommuner i afhandlingen. Det er nemlig i denne forbindelse en grundantagelse i litteraturen omkring virkningsevaluering, at virksomme mekanismer nyder en vis grad af overførbare til lignende kontekstuelle situationer andre steder, idet det fortsat vil være mekanismerne som medfører at aktiviteterne får den tilsigtede virkning, og det vil være den nye kontekst som betinger, hvorvidt disse mekanismer aktiveres (Pawson & Tilley, 1997, Dahler-Larsen, 2013).

De tre udvalgte kommuner i afhandlingen blev tidligere præsenteret som en slags *cases i casen*. Der blev argumenteret for, at de valgte kommuner havde ligheder med såkaldte *typiske cases*, hvorfor det i forlængelse heraf antages, at der kan være visse overførbare paralleller mellem mekanismer i disse kommuner og andre af landets kommuner, som arbejder under samme strukturelle rammer, og med lignende

indsatser for den samme målgruppe. Fænomener og virkninger vil således argumenterbart kunne finde sted i andre kommuner under lignende betingelser og for lignende borgere (Flyvbjerg, 2015;474).

### **7.3 ANVENDELSE AF RESULTATERNE**

Igennem de foregående kapitler har afhandlingen undersøgt den definerede problemstilling ved hjælp af de forskellige metoder udvalgt til formålet, og igennem en efterprøvning af de programteoretiske antagelser på to udvalgte indsatstyper. Afhandlingens primære forskningsmæssige bidrag består netop i det, som under kapitel 1 blev betegnet som mangler i den eksisterende viden om virkninger af sygedagpengeindsatsen; nemlig viden om hvilke indsatstyper der virker for forskellige borgere, samt hvorfor de virker og under hvilke kontekstuelle forhold. Analyserne har kastet lys over på hvilken måde de påviste effekter af indsatserne kan forstås og forklares, og har påvist hvordan mekanismer og kontekstuelle omstændigheder i samspil med de konkrete aktiviteter har betydning for resultaterne.

Vidensbidraget fra afhandlingen kan anvendes i den fremtidige udvikling af sygedagpengeområdet, som med fordel kan tage højde for indsigten i betydningen af både kontekstuelle faktorer og personlige, relationelle og systemmæssige betingelser for indsatsernes virkninger, ud over indsatsaktiviteterne i sig selv. De lovgivningsmæssige reguleringer må skabe rum for både tværfaglighed, tidlig indsats og inddragelse af borgerens hele liv, hvilket nødvendiggør tilstrækkelige ressourcer til inddragelse og integration af fagligheder og kommunikation på tværs af sektorer, samt et tilstrækkeligt rum til, at frontlinjemedarbejderne kan tage de individuelle hensyn, som er nødvendige, fordi en række individuelle faktorer omkring borgeren viser sig at være af betydning for deres udbytte af indsatsen. Dette kan også have betydning for praksisniveauet i forhold til både sammensætningen og organiseringen af konkrete indsatser, samt for frontlinjemedarbejdernes møde med den enkelte sygemeldte. Vidensbidraget kan anvendes på policy-niveau til at analysere, hvilke hindringer i de nuværende rammer for indsatserne, som udfordrer de ovenstående antagelser om tværfaglighed, helhedssyn og tidlig indsats, som lovgivningen allerede tilkendegiver som vigtige, men som i praksis til tider viser sig svært implementerbare.

Ved opstarten af nærværende forskningsprojekt blev det formuleret som en ambition, at udpege forslag til fremtidig praksis på sygedagpengeområdet, som kunne være med til at forbedre indsatserne for sygemeldte, baseret på den opnåede viden om virkningerne i indsatsen. Afhandlingens konklusioner er derfor i det følgende forsøgt omsat til mere anvendelsesorienterede pointer. Med respekt for de begrænsninger i rækkevidde, som resultaterne af afhandlingen med rimelighed må siges at have, når afhandlingen frem til en række bud på, hvad der fremadrettet vil styrke en virksom indsats over for sygemeldte borgere i afhandlingens målgruppe:

1. I tilrettelæggelsen af indsatserne bør forståelsen af, at andre faktorer end de iværksatte aktiviteter alene, medvirker til at sygemeldte borgere kan hjælpes tættere på raskmelding og selvforsørgelse styrkes. Indsatserne *kan* med fordel drage nytte af aktiviteter, som er centreret omkring fysioterapeutisk træning eller arbejdspladsbaseret praktik, så længe disse aktiviteter medvirker og kobles til opretholdelsen og udviklingen af arbejdsrelevante kompetencer. Samtidig må der dog cementeres en bevidsthed om, at indsatserne ikke i sig selv kan anskues som løsningen på borgernes sundheds- og beskæftigelsesproblematikker, og ikke kan afsondres fra borgerens *hele liv* eller relationen til de fagprofessionelle, som driver tilbuddene.

Sagsbehandlere og frontlinjemedarbejdere hos *anden aktør* må erkende sig selv og egen relation til borgeren, som vigtige værktøjer i indsatsen, fordi det i høj grad synes at være forhold *omkring indsatsen, mellem borgeren og den fagprofessionelle, samt i borgerens liv*, som medvirker til at rykke vedkommende tættere på arbejdsmarkedet. Dette taler imod en forståelse af, at vi blot skal definere den rette indsatsaktivitet, som herefter i vid udstrækning så kan anvendes bredt henover den heterogene målgruppe.

2. Fremfor at udforme en beskæftigelsespolitik og dertil hørende refusionsstrukturer, der tilskynder jobcentrene og frontlinjen til at anvende bestemte værktøjer i indsatsviftens værktøjskasse, må man sigte mod at vurdere den større sociale situation bag en sygemelding og skabe rum for, at borgeren kan modtage støtte til de aspekter, der i samarbejde med fagprofessionelle defineres som hindrende for arbejdsmarkedsdeltagelse. Tilrettelæggelsen af beskæftigelsesindsatsen for sygemeldte, bør sikre frontlinjemedarbejdere i jobcentre og i indsatser, et skønmæssigt råderum til at vurdere, hvorvidt borgeren og dennes netværk rummer relevante ressourcer, som kan inddrages i rehabiliteringen. Dette kræver

mulighed for at skelne mellem, for hvilke borgere dette er aktuelt og for hvem sådanne krav vil udgøre endnu en barriere for en bedring. Borgernes *klientstrategier* er et bud på en indikation, der kan bruges til andet og mere end *skjulte motivationsvurderinger* af borgernes ydelsesberettigelse. Borgerens opfattelse af sig selv, sygdom og arbejdspotentialer kan i stedet ansues som pejlemærker for, hvilken sagsbehandlertilgang der bør vægtes i relationen. Samtidig kan der ligge implicite indikationer af, i hvilket omfang borgernes egne ressourcer og netværk med fordel kan aktiveres i sagsforløbet. En indsats for at koordinere kræfterne på tværs af borgernes sociale liv og de kommunale tilbud må ikke overdrage byrden eller ansvaret for sagen til den syge borger selv, men skal i stedet sikre, at de borgere, for hvem det er meningsfuldt, ikke pådømmes unødvendige aktiviteter med det formål at fremme bedring, hvis der allerede i disses netværk og privatliv pågår initiativer, der sigter mod det samme mål.

Resultatet vil ideelt være, at man begrænser unødvendige ressourcer til tilbud for borgere, der allerede selv kan og selv ønsker at være bestemmende, for hvilke tiltag som iværksættes og ikke trækker tilbud ned over hovedet på borgere, som sideløbende selv formår at administrere deres vej tilbage mod arbejdslivet. De frigivne ressourcer kan i så fald målrettes indsatsen for de borgergrupper, som ikke formår at aktivere og realisere et rehabiliteringsrelevant netværk og som derfor har krav på en beskæftigelsesrettet indsats, som i højere grad holder hånden under dem og hjælper dem igennem relevante tilbud.

3. Afhandlingen peger på et behov for i højere grad at indtænke efterværn og forebyggelse i de rehabiliterende beskæftigelsesrettede tilbud for sygemeldte. Selvom der kan konstateres virkninger af forskellige indsatstyper og virksomme mekanismer i undersøgelsen, tyder de manglende langsigtede resultater på, at midlertidigheden i rehabiliteringstilgangen og fraværet af forebyggende indsatser kan have konsekvenser i form af gentagne sygemeldingsperioder, og risikerer et tab af de virkninger, som indsatserne ellers havde medført. Det kan i lyset af afhandlingens resultatet virke paradoksalt, at indsatserne afbrydes så snart borgeren er *rask nok* til at genoptage arbejdet. I stedet for at afslutte en borgers sag ved indtræden af en positiv virkning, bør indsatserne i højere grad fokusere på vedligeholdelse af arbejdsevnen, således at positive effekter ikke tabes på gulvet og i et forsøg på at imødekomme problematikker omkring gentagende sygemeldinger.



Dette kræver en ændring i de nuværende lovgivningsmæssige rammer, herunder de refusioner, som jobcentrene modtager fra statslig side, og en nedbrydning af økonomisk silotænkning på tværs af sektorerne. Det kræver også et opgør med tanken om borgernes *lineære progression* mod arbejdsmarkedet ved hjælp af drypvise indsatser, til fordel for en højere grad af forståelse for, at borgerne rykker sig mod og fra arbejdsmarkedet henover forskellige perioder af deres liv, under påvirkning af meget andet end indsatserne alene (Danneris, 2016). Dette kunne potentielt medføre, at man i højere grad blev i stand til at forudse og forebygge tilbagefald blandt sygemeldte.

En ofte rejst kritik af forskning og evaluering på social- og beskæftigelsesområdet, herunder evalueringer af beskæftigelsesindsatser, går på, at man sjældent formår at oversætte de empiriske fund og analytiske konklusioner til anvendelsesrettede pointer. Dette forsøger ovenstående at råde bod på, om end implementeringen af sådanne anbefalinger og forankring af sådanne tiltag i praksis kræver både organisatorisk villighed, økonomiske muligheder og ledelsesmæssigt fokus.



# LITTERATURLISTE

- Amlani, N.M. & Munir, F. (2014): Does physical activity have an impact on sickness absence? *Sports Med*, vol 44(7), side 887-907.
- Andersen et al. (2015): Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain. Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: A 3-month randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol 43(7), side 694–703.
- Andersen, Heine (2017): *Forskningsfrihed – ideal og virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2013): *Afrapportering fra det tværministerielle sygedagpengeudvalg*. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Astbury & Leeuw (2010): Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*, vol 31(3), side 363-381.
- Baadsgaard, K. et al. (2014): *Mikroprocesser i jobcentrenes frontlinje og kvalificeringsbehov*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966): *The Social Construction of Reality*. New York: Penguin Books.
- Beskæftigelsesministeriet (2017a): *Sygedagpengereformen viser gode effekter - men der er behov for at se nærmere på stigende udgifter*. Hentet den 11.04.2017 fra <http://bm.dk/Aktuelt/Pressemeddelelser/Arkiv/2017/01/Sygedagpengereformen%20viser%20gode%20effekter>.
- Beskæftigelsesministeriet (2017b): *Bekendtgørelse af Lov om Sygedagpenge*. Hentet den 08.03.2017 fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=182048>.
- Beskæftigelsesministeriet (2017c): *Ny visitationsmodel*. Hentet den 18.04.2017 fra <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Et%20godt%20arbejdsliv/Sygedagpengereform/Hovedelementerne-i-sygedagpengereformen/Ny-visitationsmodel.aspx>.

- Bhaskar, R. (1989): *Reclaiming reality*. London: Verso.
- Blom, B. & Morén, S. (2007): *Insatser och resultat i socialt arbejde*. Lund: Studentlitteratur.
- Blom, B. & Morén, S. (2010): Explaining social work practice - the CAIMEr theory. *Journal of Social Work*, 10(1), side 98-119.
- Bonfils & Olsen (2013): ICF-klassifikationen – Balancegang eller Glidebane? I Bonfils et al. (red.), *Handicapforståelser – Teori, erfaring og Virkelighed*, side 69-81. København: Akademisk Forlag.
- Boll, J., Hertz, M., Rosholm, M. & Svarer, M. (2010): *Evaluering af Aktive - Hurtigere Tilbage*. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Borg, V. et al. (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet*. København: Det nationale center for arbejdsmiljø (NFA).
- Bredgaard, T. (2015): Evaluating what Works for whom in active Labour market policies. *European Journal of Social Security*, vol 17(4), side 436-452.
- Bredgaard, T. et al (2011): *Dansk Arbejdsmarkedspolitik*. København: Jurist og økonomforbundets Forlag.
- Bredgaard, T. & Larsen, F. (2006): The Transitional Danish Labour Market. Understanding a Best Case, and Policy Proposals for Solving some Paradoxes. Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies, Aalborg Universitet.
- Bredgaard, T. et al. (2011): *Hvad virker i aktiveringsindsatsen?* Danmark: Forskningscenter for Evaluering & NewInsight.
- Bredgaard, T. & Salado-Rasmussen, J. (2016): Virkningssyntese – en alternativ tilgang til metaanalyse. *Økonomi & Politik*, vol 89(3), side 68-82.
- Bredgaard, T., Salado-Rasmussen, J. & Sieling-Monas, S. (2016): Virkningsevaluering. I Bredgaard, T. (red.), *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, side 331-366. København: Hans Reitzels Forlag.

- Bredgaard, T. & Sieling-Monas, S. (2015): Er der evidens for antagelserne I den aktive beskæftigelsesindsats for sygemeldte? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, vol 17(1), side 28-43.
- Breidahl, K. & Seemann, J. (2009): *Jobcentret som organisatorisk fænomen*. Frederiksberg: Frydenlund Academica.
- Brewer, J. & Hunter, A. (2006): *Foundations of Multimethod Research*. London: Sage Publications.
- Brinkmann, S. (2010): Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier før og nu. I Brinkmann, S. (red), *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*, side 15-31. Århus: Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brodkin, E. Z., & Larsen, F. (2013): Changing Boundaries: The Policies of Workfare in the U.S. and Europe. *Poverty and Public Policy*, vol 5(1), side 37-47.
- Bryman, A. (2012): *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bundesen, P. (2015): *Sociale Problemer og socialpolitik*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Bundesen, P & Hansen, C. A. (2010): *Kommunal økonomisk styring – på det sociale område*. København: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Bundesen, P. & Falcher, A. (2014): *Evaluering i socialt arbejde*. København: Forlaget Columbus.
- Burgess, E.W. (1927): The determination of gradients in the growth of the city. *Publications of the American Sociological Society*, vol 21, side 178-184.
- Campbell, D. & Fiske, D. (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait – multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, vol 56(2), side 81-105.

- Carstens, A. (1998): *Aktivering- klientamtaler og socialpolitik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Caswell, D. (2005): *Handlemuligheder i socialt arbejde – et casestudie om kommunal frontlinjepraksis på beskæftigelsesområdet*. København: AKF & RUC – PhD. Afhandling.
- Caswell, D. et al. (2011): *Når kassen smækkes i – analyser af økonomiske sanktioner over for kontanthjælpsmodtagere*. København: AKF.
- Caswell, D., Eskelinen, L. & Olesen, S.P. (2013): Identity work and client resistance underneath the canopy of active employment policy. *Qualitative Social Work*. vol 12(1), side 8-23.
- Caswell, D., Larsen, J. E. & Sieling-Monas, S. (2015): Cash Benefit Recipients – Vulnerable or Villains? I Torbenfeldt Bengtsson, T., Frederiksen, M. & Larsen, J. E. (red.). *The Danish Welfare State. A Sociological Investigation*, side 217-231. New York: Palgrave.
- Chen, H.T. (1990): *Theory-Driven Evaluations*. London: Sage.
- Clausen, A. S. (2010): *Sagsbehandling i sygedagpengesager. Problemer og perspektiver i sygedagpengesager*. Roskilde: Ph.d. afhandling. Institut for Miljø, Samfund og Rumlig forandring. RUC.
- Collin, F. (2010): Socialkonstruktivisme. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (red.), *videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*, side 230-261. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dahler-Larsen, P. (2013): *Evaluerings af projekter – og andre ting som ikke er ting*. Danmark: Syddansk Universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, P. (2016): Politik og Evaluering. I Bredgaard, T. (red.), *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, side 169-194. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H. K. (2003): *Nye veje i evaluering - en håndbog i tre evalueringsmodeller*. Danmark: Systime Academic.

- Dall, T. (2015): Langtidsledighed. I Bundesen, P., Christensen, A.B. & Rasmussen, T. (red.), *Sociale Problemer*, side 257-277. København: Hans Reitzels Forlag.
- Daneris, S. (2016): *Er du klar til at arbejde?* Ålborg: Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-afhandling ved Institut for Sociologi og socialt arbejde.
- DAMVAD (2015): *Analyse af drivkræfter og barrierer for den virksomhedsrettede indsats for ikke arbejdsmarkedsparede borgere*. Hentet den 01.12.2016 fra <http://star.dk/da/Om-STAR/Publikationer/2015/03/Drivkraefter-og-barrierer-for-den-virksomhedsrettede-indsats.aspx>.
- Deloitte (2016): *Sygedagpengereformen – opstartsevaluering*. Hentet den 08.03.2017 fra <http://star.dk/da/Om-STAR/Publikationer/2016/Opstartsevaluering%20af%20sygedagpengereformen.aspx>.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000): Introduction - The discipline and Practice of Qualitative Research. I Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red), *Handbook of Qualitative Research*, side 1-32. Sussex: Sage Publications.
- DSI (2010): *Sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelser*. Hentet den 08.03.2017 fra <https://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i3881/Sygedagpengemodtageres-forbrug-af-sundhedsydelser>.
- Ejrnæs, M. (2004b): Myten om faglig enighed. *Uden for nummer*, vol 5(9), side 3-14.
- Ejrnæs, M. (2006): *Faglighed og tværfaglighed. Vilkaerne for tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejersker, pædagoger, lærere og sagsbehandlere*. København: Akademisk Forlag.
- Ejrnæs, M. (2016): *Vidensbaseret socialt arbejde i forhold til socialt udsatte borgere*. Hentet den 01.03.2017 fra <http://docplayer.dk/20255415-Udsat-for-evidens-entologi-om-evidensboelgens-indtog-paa-omraadet-for-socialt-udsatte.html>.
- Ejrnæs, M. & Guldager, J. (2008): *Helhedssyn og forklaring*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Eklund, M. (2014): Anxiety, Depression, and Stress among women in work rehabilitation for Stress-related disorders. *International Journal of Mental Health*, vol 42(4), side 34-47.
- Eriksson, H.G. et al. (2008): *Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,000 individuals in central Sweden*. Hentet den 01.11.2016 fra <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-426>.
- Eskelinen, L., Caswell, D. & Olesen, S. P. (2006): En kritiskkonstruktiv forskningstilgang til faglighed i socialt arbejde. *Tidsskrift for arbejdsliv*, vol 8(1), side 82-95.
- Eskelinen, L. & Olesen, S. P. (2010): *Beskæftigelsesindsatsen og dens virkninger, set fra kontanthjælpsmodtagernes perspektiv*. København: AKF.
- Everhardt, T. & de Jong, P. (2011): Return to Work After Long Term Sickness. *De Economist*, vol 159(3), side 361–380.
- Field, A. (2013): *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sussex: Sage Publication.
- Flyvbjerg, B. (2015): Fem misforståelser om casestudiet. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.), *Kvalitative Metoder*, side 463-487. København: Hans Reitzels Forlag.
- Foss Hansen, H. (2016): Evalueringsstyring. I Bredgaard, T. (red.), *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, side 96-114. København: Hans Reitzels Forlag.
- Frahm, B. & Amdrup, E. (2016): *Praksisforskning i socialt arbejde*. Hentet den 15.02.2017 fra <http://hansreitzel.dk/Socialt-arbejde/Praksisforskning-i-socialt-arbejde/~media/285BA02A23694D03A5E96B2C8AAAC49D.ashx>.
- Frederiksen, M., Gundelach, P. & Skovgaard Nielsen, R. (2017): *Survey*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Funnel, S. & Rogers, P. (2011): *Purposeful Program Theory: Effective use of Theories of Change and Logic Models*. San Francisco: Wiley.



- Gargani, J. (2002): The Challenge of Evaluating Theory-Based Evaluation. Artikel præsenteret på *the annual Meeting of the American Evaluation Association*. November 7, 2002. St. Louis, Missouri.
- Graversen, B. et al. (2013): *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. Hentet den 01.12.2016 fra <https://www.sfi.dk/publikationer/kommunernes-rammevilkaar-for-beskaeftigelsesindsatsen-3666/>
- Greene, J. (2006): Toward a methodology of mixed methods social inquiry. *Research in the Schools Special Issue: New Directions in Mixed Methods Research*, vol 13(1), side 93-99.
- Greene, J. et al. (1989): Towards a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol 11(3), side 255-274.
- Greve, C. & N. Ejersbo (2002): Erfaringer med kontrakter i den danske offentlige sektor – på vej mod den danske model. I Ejersbo, N. & Greve, C. (red.), *Den offentlige sektor på kontrakt*, side 217-231. København: Børsens Forlag.
- Halvorsen, K. (2004): *How to combat Unemployment?* Hentet den 01.12.2016 fra [http://www.dps.aau.dk/digitalAssets/211/211248\\_2004-32-howtocombatunemployment-knut.pdf](http://www.dps.aau.dk/digitalAssets/211/211248_2004-32-howtocombatunemployment-knut.pdf).
- Hansen, C. D. (2009): *En sociologisk fortælling om sygefravær*. Ålborg: Ph.d. afhandling Aalborg Universitet.s
- Hansen, N., Marckmann, B., Nørregaard-Nielsen, E., Rosenmeier, S. & Østergaard, J. (2013): *Spørgeskemaer i virkeligheden*. København: Forlaget Samfundslitteratur.
- Hansen, M. & Vedung, E. (2010): *Theory Based Stakeholder Evaluation*. *American Journal of Evaluation*, vol 31(3), side 295-313.
- Hansen, H. F. & Rieper, O. (2009): Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I Grimen, H. & Terum, L. I. (red), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, side 17-37. Abstrakt Forlag.
- Hansen, S. J. (2010): *Professionelle i Velfærdsstaten*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Helbæk, M. (2012): *Statistik – Kort og Godt*. København: Forlaget Samfundslitteratur.
- Henriksen, A. C. (2010): *Coaching af sygedagpengemodtagere*. København: SFI.
- Holm, A. et al. (2017): Employment effects of active labor market programs for sick-listed workers. *Journal of Health Economics*, vol 52, side 33-44.
- Howe, D. (1996) Surface and depth in social work practice. I Parton, N. (red), *Social Theory, Social Change and Social Work*, side 77-97. London: Routledge.
- Hubble, M., Duncan, B., Miller, S. & Wampold, B. (1999): *The Heart and soul of change*. Washington: American Psychological Association.
- Hultberg, E. et al. (2005): Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health and Social Care in the Community*, vol 13(6), side 531-541.
- Høgelund, J. (2012): *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte: En litteraturoversigt*. København: SFI.
- Høgelund, J. et al. (2003): *Langvarigt sygefravær – Hvad sker der og hvordan går det?* København: Socialforskningsinstituttet.
- Høgelund, J. et al. (2008): *Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven: Opfølgning på sygedagpenge*. København: SFI.
- Høgelund, J., Holm, A. & Eplov, L. (2012): The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol 15(4), side 157–170.
- Høgelund, J., Holm A. & McIntosh, J. (2010): Does Graded Return-to-work Improve Sick-listed Workers' Chance of Returning to Regular Working Hours? *Journal of Health Economics*, vol 29(1), side 158–169.
- Høgsbro, K. (2013): Evidenslogik og praksiserfaring inden for rehabilitering. I Bonfils et al. (red), *Handicapforståelser – Teori, erfaring og Virkelighed*, side 119-134. København: Akademisk Forlag.

- Højholdt, A. (2016): *Tværfprofessionelt samarbejde i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jacobi, C. B. (2011): Er der styr på den aktive og koordinerede sygedagpengeindsats? I Damgaard, B. & Sørensen, E. (red), *styr på beskæftigelsespolitikken. Metastyring af netværk, aktører og processer*, side 109-134. København: Jurist og økonomforbundets forlag.
- Jacobi, C. B. (2013): *Et halvhjertet helhedssyn? En afhandling om den helhedsorienterede sygedagpengeindsats i to kommuner*. Roskilde: Ph.d.-afhandling, Institut for Samfund og Globalisering, RUC.
- Jacobsen & Thorsvik (2017): *Hvordan organisationer fungerer*. København: Hans Reitzels forlag.
- Jahoda, M. et al. (1933): *Marienthal: The Sociography of an Unemployed Community*. Wien: Transaction Publishers.
- Jahoda, M. et al. (1975): *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit*. Tyskland: Suhrkamp Verlag.
- Järvinen, M., Elm Larsen, J. & Mortensen, N. (2002): *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus: Aarhus universitetsforlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels forlag.
- Jensen, L., Petersen, L. & Stokholm, G. (2008): Rehabilitering – Før og Nu. I Jensen, L., Petersen, L. & Stokholm, G. (red.), *Rehabilitering, Teori og Praksis*, side 51-56. København: Munksgaard.
- Jensen, L., Petersen, L. & Stokholm, G. (2013): Handicap og Rehabilitering – et sundhedsfagligt perspektiv i krydsfeltet mellem individ, fag og politik. I Bonfils et al. (red.), *Handicapforståelser – Teori, erfaring og Virkelighed*, side 217-230. København: Akademisk Forlag

- Johansen, K. et al. (2011): Decisionmaking and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. *Journal of Interprofessional Care*, vol 25(1), side 59-65.
- Jørgensen, H. et al. (2011): *Praksis, krav og kvalifikationer: Jobcentermedarbejdernes erfaringer med og holdninger til beskæftigelsesarbejdet*. København: CARMA – Center for arbejdsmarkedsforskning.
- Kaul, H. & Kvante, E. (1991): Mestring av arbeidsledighet. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, vol 32(1), side 3-21.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, P. & Viikari-Juntura, E. (2008): Partial Sick Leave: Review of Its Use, Effects and Feasibility in the Nordic Countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol 34(4), side 239–249.
- KMDs sygedagpengeregister (2017): Data og analyse lavet den 05.05.2017 via [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk). Danmark: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.
- Knorring, M. et al. (2009): Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Preliminary Health Care*, vol 26(1), side 22-28.
- Koch Udvalget (2015): *Nye veje mod job – for borgere i udkanten af arbejdsmarkedet*. Hentet den 24.03.2017 fra <http://bm.dk/da/Aktuelt/Pressemeddelelser/Arkiv/2015/03/Regeringen%20har%20modtaget%20Kochudvalgets%20anbefalinger.aspx>.
- KORA (2017): *Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede voksenområde – Analyse af udfordringer og anbefalinger til forbedring af datagrundlaget*. Hentet den 01.04.2017 fra <https://kora.dk/media/7112393/11200-kobling-data-det-specialiserede-voksenomraade.pdf>.
- Krogstrup, H.K. (2006): *Evalueringsmodeller*. Århus: Systime Academic.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview: En introduktion et håndværk*. København: Hans Reitzels forlag.

- Labriola, M., Thielen, K., Eplöv, L. F. & Vinther Nielsen, C. (2014): Arbejdsrettet Rehabilitering. *Udeskript for Læger*, vol 176(10), side 948-950.
- Larsen, F. et al. (2001): *Kommunal aktivering: mellem disciplinering og integration*. Ålborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Larsen, C. A. & Goul Andersen, J. (2003): Konjunktur- og strukturparadigmet i 1990'ernes velfærdspolitik. I Andersen, J. G. (red.), *Marginalisering og velfærdspolitik. Arbejdsløshed, jobchancer og trivsel*, side 75-98. København: Frydenlund.
- Laska, K. & Wampold, B. (2014): *Ten Things to Remember about Common Factor Theory*. *Psychotherapy*, vol. 51 (4), side 519 –524.
- Lawson, T. (1997): *Economics and Reality*. London: Routledge.
- Lazarsfeld, P. F. (1972): *Qualitative Analysis; Historical and Critical Essays*. Boston: Allyn and Bacon.
- Lipsky, M. (1980): *Street-Level Bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation.
- Manzano, A. (2016): The Craft of Interviewing in Realist Evaluation. *Evaluation*, vol 22(3), side 342 – 360.
- Markussen S. (2012). The Individual Cost of Sick Leave. *Journal of Population Economics*, vol 25(4), side 1287–1306.
- MarselisborgCentret (2004): *Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark*. Århus: MarselisborgCentret.
- MarselisborgCentret et al. (2011): *ICF og ICF-CY . En dansk vejledning til brug i praksis*. Århus: MarselisborgCentret.
- Mason, J. (2002): *Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Maxwell, J. A. (2012): *A Realist Approach for Qualitative Research*. London: Sage Publications.

- May, P.J. & Winter, S.C. (2007): Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3), side 453-476.
- Meinert, L. & Paarup, B. (2007): Terapeutiske veje. Om patienters praksis og ressourcer. I Steffen V. (red.), *Sundhedens Veje. Grundbog i sundhedsantropologi*, side 145-172. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. (2004): *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. & Johansen, M. B. (2009): *Magtfulde diagnoser og Diffuse Lidelser*. København: Samfundslitteratur.
- Morén, S. & Blom, B. (2003): Explaining human change. On generative mechanisms in social work practice. *Journal for Critical Realism* vol 2(1), side 37-61.
- Müller, M. & Elm Larsen, J. (2015): *Fattigdom som Socialt Problem – Afsavn, Social Eksklusion og Coping*. København: Hans Reitzels forlag.
- Møberg, R.J. (2017): Muligheder og udfordringer ved kombinationen af survey- og registerdata. I Frederiksen, M. et al. (red.), *Survey*, side 337-354. København: Hans Reitzels Forlag.
- NFA (2012): *Det store TTA-projekt. Proces-, effekt-, og økonomisk evaluering*. København: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø.
- Nielsen, M. H. (2015a): *Imellem retfærdiggørelse og kritik af en ny tids velfærdspolitik: En afhandling om kategoriseringens, aktiverings og ydelsesreduceringens moralske logik*. Ålborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Nielsen, M. H. (2015b): Det aktive menneskes triumf? En analyse af de omfattende forandringer af kategoriseringen af kontanthjælpsmodtagere. *Tidsskrift for Arbejdsliv* vol 17(1), side 44-60.

- Nørup, I. (2014). *Arbejde og Sygdom - og om at være en del af fællesskabet: En kritik af forestillingen om arbejdsmarkedsdeltagelsens afgørende betydning for den sociale eksklusion af kronisk syge og handicappede*. Ålborg: Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet.
- OAo (2017): *Udvikling i aktiveringsforløb i kommuner 2010-2017*. Hentet den 01.05.2017 fra [http://www.oao.dk/fileadmin/user\\_upload/loen\\_og\\_ansaettelse/beskaeftigelse/Udvikling\\_i\\_aktiveringsforloeb\\_i\\_kommuner\\_2010-2017.pdf](http://www.oao.dk/fileadmin/user_upload/loen_og_ansaettelse/beskaeftigelse/Udvikling_i_aktiveringsforloeb_i_kommuner_2010-2017.pdf).
- OECD (2010): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Synthesis of Findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing.
- Olsen, H. (2002): *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademisk Forlag.
- Olsen, H. (2005): *Fra spørgsmål til svar: Konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskemadata*. København: Akademisk Forlag.
- Olesen, S. P. (2011): Helhedssyn nedefra – et bottom up-perspektiv på socialt arbejde. I Harder, M. & Nissen, M. A. (red.), *Helhedssyn i socialt arbejde*, side 213-237. København: Akademisk Forlag.
- Olesen, S. P. & Eskelinen, L. (2009): Korte narrativer i analyser af beskæftigelsesindsatser. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 11(4), side 38-51.
- Pawson, R. (2006): *Evidence-Based Policy. A Realists Perspective*. London: Sage Publications.
- Pawson, R. (2013): *The Science of evaluation - A realist manifesto*. London: Sage Publications.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997): *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- Petersen, J. H. (2010): Sygesikringen indtil 1898. I Petersen, J.H., Petersen, K. & Christiansen, N. F. (red.), *Dansk velfærdshistorie. Frem mod Socialhjælpsstaten*, side 391-484. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

- Peterson, R. & Andersen, J. H. (2015): Helbredsskadelig fleksjob- og førtidspension. *Ugeskrift for Læger*. Hentet den 11.04.2017 fra <http://ugeskriftet.dk/debat/helbredsskadelig-fleksjob-og-foertidspensionsreform>.
- Petersson, B (2017): *Jagten på det sunde liv. Om mænd, kvinder, sundhed og sygdom*. Lindhardt & Ringhof Forlag. Danmark
- Porter, S. (2015): Realist Evaluation: an immanent critique. *Nursing Philosophy*, vol 16(4), side 239-251.
- Porter, S. & O'Halloran, P. (2012): The use and limitation of realistic evaluation as a tool for evidence based practice: a critical realist perspective. *Nursing Inquiry*, 19, side 18-28.
- Rasmussen, T. (2015): Sociale Problemer i Historisk Belysning. I Bundesen, P., Christensen, A.B. & Rasmussen, T. (red.), *Sociale Problemer*, side 71-101. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rehwald, K., Rosholm, M. & Rouland, B. (2016): *Does Activating Sick-Listed Workers Work? Evidence from a Randomized Experiment*. IZA Discussion Paper No. 9771, hentet den 01.12.2016 fra <http://ftp.iza.org/dp9771.pdf>.
- Rienecker & Jørgensen (2017): *Den gode opgave*. København: Samfundslitteratur
- Rieper, O. & Foss Hansen, H. (2007): *Metodedebatten om Evidens*. København: AKF Forlag.
- Rogers, P. (2008) Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, vol 14(1), side 29-48.
- Rogers, P. et al. (2000): *Program Theory in Evaluation Challenges and Opportunities*. Unisted States: Jossey-Bass.
- Rosholm, M. & Svarer, M. (2010): *Evaluering af de Økonomiske Styringsmekanismer i Beskæftigelsesindsatsen*. København: Slotsholm.
- Rosholm, M. & Svarer, M. (2010): *Evaluering af de Økonomiske Styringsmekanismer i Beskæftigelsesindsatsen*. København: Slotsholm.
- Sayer, A. (2000): *Realism and Social Science*. London: Sage Publications.



- Skals, A. (2016): *Uarbejdsdygtig og hvad så?: Et casestudie om faglige skøn i beskæftigelsesrettet socialt arbejde med sygemeldte i et jobcenter*. Ålborg: Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-afhandling ved Institut for Sociologi og socialt arbejde.
- Sylvestersen, J. & Sevel, C. (2012): Deltagelse i Arbejdslivet. I Schultz Petersen, K. (red.), *Sociologi og Rehabilitering*, side 199-211. København: Munksgaard.
- Sørensen, T. B. (2002): *Sygeliggørende og sygdomsfremkaldende træk i dansk socialpolitik*. Århus: Sociologisk Analyse.
- Socialministeriet (2001): *Arbejdsevne metode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne*. København: Socialministeriet.
- Steffen, V. & Meldgaard, M. (2007): Veje til forståelse: om fortolkninger og sygdomsopfattelser. I Steffen, V. (red.), *Sundhedens Veje: Grundbog i Sundhedsantropologi*, side 81-109. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stubager, R. & Sønderskov, K. (2011): *Forudsætninger for lineær regression og variansanalyse efter midste kvadraters metode*. 5. udgave. Unstitut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2015). *Brugen af delvise Raskmeldinger – Kvantitativ Analyse*. Hentet den 04.11.2017 fra [file:///id.aau.dk/Users/stms/Downloads/Brugen%20af%20delvise%20raskmeldinger%20-%20nyeste%20version%20af%20notat%20pdf%20\(1\).pdf](file:///id.aau.dk/Users/stms/Downloads/Brugen%20af%20delvise%20raskmeldinger%20-%20nyeste%20version%20af%20notat%20pdf%20(1).pdf).
- Svensson, Johnsson & Laanemets (2009): *Handlingsmæssigt Råderum i Socialt Arbejde*. København: Akademisk Forlag.
- Søndergaard, N. & Jacobsen, R. (2010): Hvordan isolerer vi sammenhængen mellem indsats og resultat? Propensity score matching som metode til effektevaluering. København: Danmarks Evalueringsinstitut.
- Tesch, R. (1990): *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. New York: Falmer Press.

- Torfig, J. (2003): Den stille revolution i velfærdsstaten: Fra forsørgelse og hierarki til aktivering og netværksstyring. I *Drivkræfter bag arbejdsmarkedspolitikken* (s. 234-267). København: SFI - Det nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Torfig, J. (2004): *Det stille sporskifte i velfærdsstaten. En diskursteoretisk beslutningsprocesanalyse. Magtudredningen*. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Torfig, J. (2005b): Velfærdsstatens institutionelle forandring. I Nielsen, K. (red.), *Institutionel teori. En tværfaglig introduktion*, side 263-272. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Tøssebro, J. (2010): *Hva Er Funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Uggerhøj, L. (2008): Hvad er socialt arbejde? En indkredsning af et mangfoldigt og komplekst felt. I Jacobsen & Pringle (red.), *At forstå det sociale*, side 37-55. København: Akademisk Forlag.
- Van Berkel, R. & Borghi, V. (2008): The Governance of Activation. *Social Policy and Society* vol. 7(3), side 331-340.
- Vedung, E. (2009): *Utvärdering i politik och förvaltning*. Sverige: Studentlitteratur AB.
- Vedung, E. (2015): *Utvärderingsmodellen: löpande, inflätad, evidensproducerande*. I Wohlfarth, Janet (red.), *ÅKA-modellen: En berättelse om hur ESF projektet GEVALIS Vuxna bidragit till förnyat arbetssätt genom integrerad samverkan*, side 125-139. Skara: Samordningsförbundet Västra Skaraborg.
- Vedung, E. (2016): Fire Evalueringsbølger. I Bredgaard, T. (red.), *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, side 37-68. København: Hans Reitzels Forlag.
- Vester, C. (2015): *Sygedagpengeloven*. København: DA.
- Villadsen, K. (2004): *Det sociale arbejdes genealogi. Om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. København: Hans Reitzels forlag.
- Waddell G. & Burton, A. (2006): *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: TSO (The Stationery Office).

Weiss, C.H. (1972): *Evaluation Research: Methods of Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Wampold, Bruce (2015): *How Important are common factors in Psychotherapy. An update*. *World Psychiatry*, Oct. 14 (3): 270-277.

Winter, S. & Nielsen, V. L. (2008): *Implementering af Politik*. København: Gyldendal.

World Health Organisation (2001): *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*. WHO.



# BILAGSOVERSIGT

<b>BILAG 1: OVERSIGT OVER INTERVIEWPERSONER .....</b>	<b>220</b>
<b>BILAG 2: KODNINGSSTRUKTUR, NVIVO10 .....</b>	<b>- 222 -</b>
<b>BILAG 3: VARIABELLISTE FRA EFFEKTANALYSE .....</b>	<b>224</b>
<b>BILAG 4: OPERATIONALISERING .....</b>	<b>226</b>
<b>BILAG 5: TABELOVERSIGT - EFFEKTANALYSE .....</b>	<b>228</b>



# BILAG 1: OVERSIGT OVER INTERVIEWPERSONER

Oversigt over informanter, interviewtype, organisation, sted, dato og varighed:

<b>Nr.</b>	<b>Type</b>	<b>Informant</b>	<b>Organisation</b>	<b>Sted</b>	<b>Dato</b>	<b>Varighed</b>
1	Interview	Direktør	Quick Care	Sekretariat	17.09.15	01.09.18
2	Interview	Konsulent	Quick Care	Sekretariat	17.09.15	00.55.25
3	Interview	Sagsbeh.	Quick Care	Sekretariat	17.10.13	02.14.51
4	Fokusgr.	Sagsbeh.	Jobcenteret	Silkeborg	09.12.15	02.45.11
5	Interview	Leder	Jobcenteret	Silkeborg	09.12.15	01.52.35
6	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Silkeborg	10.12.15	01.04.37
7	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Silkeborg	10.12.15	00.50.21
8	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Silkeborg	10.12.15	01.09.16
9	Fokusgr.	Virk. kon	Quick Care	Silkeborg	10.12.15	01.27.28
10	Interview	Borger	Privat	Silkeborg	11.12.15	01.05.36
11	Interview	Borger	Privat	Silkeborg	11.12.15	00.31.11
12	Fokusgr.	Fysioterap.	Quick Care	Silkeborg	11.12.15	01.25.19
13	Telefon	Leder	Jobcenteret	Silkeborg	17.12.15	00.53.50
14	Telefon	Borger	Privat	Silkeborg	15.02.16	00.52.09
15	Interview	Borger	Privat	Holbæk	17.02.16	00.53.26
16	Interview	Borger	Privat	Holbæk	17.02.16	00.34.51
17	Interview	Borger	Privat	Holbæk	17.02.16	00.51.41
18	Interview	Borger	Privat	Holbæk	17.02.16	00.32.46
19	Interview	Borger	Privat	Holbæk	19.02.16	01.01.37
20	Interview	Fysioterap.	Quick Care	Holbæk	19.02.16	01.00.41
21	Interview	Fysioterap.	Quick Care	Holbæk	19.02.16	00.53.24
22	Telefon	Fysioterap.	Quick Care	Holbæk	11.03.16	00.32.54

23	Fokusgr.	Sagsbeh.	Jobcenteret	Holbæk	25.02.16	00.48.54
24	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Holbæk	25.02.16	01.20.42
25	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Holbæk	25.02.16	01.06.11
26	Fokusgr.	Sagsbeh.	Jobcenteret	Holbæk	25.02.16	00.56.51
27	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Holbæk	25.02.16	00.59.08
28	Fokusgr.	Ledere	Jobcenteret	Holbæk	25.02.16	01.22.41
29	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Helsingør	24.02.16	00.53.04
30	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Helsingør	24.02.16	00.38.46
31	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Helsingør	24.02.16	01.08.08
32	Interview	Sagsbeh.	Jobcenteret	Helsingør	24.02.16	00.40.55
33	Interview	Leder	Jobcenteret	Helsingør	24.02.16	01.02.54
34	Telefon	Virk. kon	Jobcenteret	Helsingør	08.03.16	01.18.31
35	Telefon	Leder	Jobcenteret	Helsingør	08.03.16	01.17.56
36	Interview	Borger	Privat	Helsingør	02.03.16	01.02.07
37	Interview	Borger	Privat	Helsingør	02.03.16	01.02.36
38	Interview	Psykolog	Quick Care	Helsingør	02.03.16	01.24.16
39	Fokusgr.	Fysioterap.	Quick Care	Helsingør	02.03.16	01.42.23
40	Telefon	Borger	Privat	Helsingør	04.03.16	00.36.01



## BILAG 2: KODNINGSTRUKTUR I NVIVO10

Oversigt over kodningsstruktur til analyse af interviewudskrifter:

Nodes		Sources	
Name			
Udfordringer		0	
Konflikter		0	0
Borger - System		1	1
Modsattede mål, udfordrende kommunikation, lovgivning		0	0
Økonomi og ressourcer		4	5
Lovgivning og politiske signaler		1	1
Rettidighed og opfølgning		4	5
Retsikkerhed		1	1
Revurderingstidspunktet		7	12
Refusionsregler		3	4
IT understøttelse		1	1
Det rummelige arbejdsmarked		1	1
Indsatsstype		0	
Virksomhedspraktik		8	17
Fysioterapeutisk Træning		5	7
Psykologiske Samtaleforløb		5	7
Andre forløb		0	0
Integrationsområdet		1	1
Programteori QC		0	
Særligt for QC målgruppen		1	2
Mål og Delmål		0	0
Stabilitet i fremmødet		0	0
Hverdagsmestring, struktur, sygdomsmestring		0	0
Afklarung, udredning		0	0
Opkvalificering, nye kompetencer		0	0
Øget arbejdsevne, styrket rådighed		1	1
Andet		0	0
Delvise raskmeldinger		0	0
Raskmelding_Selvforsørgelse		1	1
Mekanismer		0	0
Hvad virker og hvordan		6	8
Hvorfor virker det		5	11
For hvem virker det		6	13
Fleksibilitet og hurtighed		3	5
Tæt opfølgning og kontakt		5	6
Tovholderfunktion		2	2
Individuel tilrettelæggelse		4	4
Arbejdsrettet fokus		2	2
Medarbejderfaglighed		4	5
Problemløser		2	2
Tværfagligt blik		3	6
Struktur		2	2

## Nodes

Name	Sources	
● Tillid og relation	4	5
- ● Aktiviteter i indsatserne	0	0
● Fysisk aktivitet	3	4
● Træning og træningsplan	1	1
● Opstart og samtaler	0	0
● Arbejdsopgaver	0	0
● Afrapportering til Jobcenter	2	3
● Antagelser og viden om hvad der virker	1	1
● Omstændigheder	2	2
- ● Jobcentrene	0	
- ● Sagsbehandlere	0	0
● Ledelse	0	0
● Ressourcer	1	1
● Målsætninger	1	1
● Organisering	3	8
● Tilbudsvifte	4	6
● Viden om hvad der virker	4	11
- ● Uforudsete Interessespunkter	0	
● Prisen på tilbud	1	2
● Privatsag eller offentligt anliggende	1	1
● Hvem skal ikke have indsatser	2	3
● Syg kontra rask	1	1
- ● Vilkår for samarbejde	2	
● Sundhedsvæsenet	6	12
● Socialområdet	1	2
● Andre interessenter	1	1
● Jobcenter og Quick Care	5	7
● Arbejdspladser	4	5
- ● Borgerne	0	
- ● Grundantagelser	0	
● Tidlig indsats	3	3
● Aktivitet fremfor passivitet	4	8
● Tværfaglighed_Helhedsorientering	2	7
● Personligt_håndholdt_individuelt	2	2
● Gradvist i gang	5	6
- ● Lovgivningen	0	
● Begrænsninger	4	4
● Styker indsatsen	0	0
● Betydning af reform og ændringer	1	1

# BILAG 3: VARIABELLISTE FRA

## EFFEKTANALYSE

Oversigt over de variable, som har indgået i analysen, samt deres indhold og kilde:

Variabelnavn/gruppe	Indhold	Kilde
pnr	Fiktive personnumre	Register
startweek11	Uge for begyndt sygedagpenge 2011	Konstrueret
startweek10	Uge for begyndt sygedagpenge 2010	Konstrueret
audd	Uddannelseskode	Register
h1	Hovedgruppe	Register
Kommune	Kommunenavn	Survey
Visitationsdato	For visitation til tilbud	Survey
Startdato	Opstart til tilbud	Survey
Planlagt_slutdato	Planlagt slutdato	Survey
Faktisk_slutdato	Faktisk slutdato	Survey
Beskrivelse	Tilbudets indhold	Survey
Timer_uge	Intensitet i tilbud	Survey
Standard_varighed	Forventet varighed på tilbud	Survey
KortNavn	Tilbudskode	Survey
Dato_for_sygemelding	Dato for sygemelding	Register
Sygedagpenge09-14	Uger på sygedagpenge 2009-2014	Register
Sygedagpenge09-14_vop	Vejlednings og opkvalificering 2009-2014	Register
Sygedagpenge09-14_vp	Uger i virksomhedspraktik 2009-2014	Register
Sygedagpenge09-14_lt	Uger i løntilskud 2009-2014	Register
Sygedagpenge09-14_dr	Uger i delvis raskmelding 2009-2014	Register
Beskæftigelse09-14	Uger i beskæftigelse 2009-2014	Register
match1_09-14	Uger i matchgruppe 1 2009-2014	Register
match2_09-14	Uger i matchgruppe 2 2009-2014	Register
match3_09-14	Uger i matchgruppe 3 2009-2014	Register
Totempl	Antal uger i beskæftigelse 2011-2012	Konstrueret
civst2009-2012	Civilstand 2009-2012	Register
etnisk2009-2012	Etnisk herkomst 2009-2012	Register
land2009-2012	Oprindelsesland 2009-2012	Register
kon2009-2012	Køn	Register
ak2009-2012	Medlem af A-Kasse 2009-2012	Register

alder2009-2012	Alder 2009-2012	Register
antboernf2009-2012	Antal fødte børn 2009-2012	Register
hfaudd2009-2012	Højest gennemførte udd. 2009-2012	Register
antal_lm2009-2012	Receptpligtige lægemidler 2009-2012	Register
indlagt2009-2012	Indlagt 2009-2012	Register
fys2009-2012	Fysioterapi 2009-2012	Register
kiro2009-2012	Kiropraktor 2009-2012	Register
psyk2009-2012	Psykolog 2009-2012	Register
antal_laege2009-2012	Antal lægebesøg 2009-2012	Register
psyk_lm2009-2012	Receptpligtig psykofarmaka 2009-2012	Register
psyk_indlagt2009-2012	Indlagt på Psykiatrisk 2009-2012	Register
gns_dage2009-2012	Gennemsnitlige dage 2009-2012	Register
antal_indl2009-2012	Antal indlæggelser 2009-2012	Register
Aldersgruppe	Aldersgruppe	Konstrueret
Statsborgerskab	Statsborgerskab	Konstrueret
Udannelsesgrupper	Udannelsesgrupper	Konstrueret
FysiskSygdom2010-2011	Fysisk sygdom 2010-2012	Konstrueret
PsykiskSygdom2010-2011	Psykisk sygdom 2010-2012	Konstrueret
BeggeSygdom2010-2011	Begge typer sygdomme 2010-2012	Konstrueret
Sygdomgrad2009-2012	Forbrug af sundhedsydelse 2009-2012	Konstrueret
AlleIndsats	Opdeling af indsats typer i 6 kategorier	Konstrueret
QC_Fys	Quick Care fysioterapi	Konstrueret
QC_Virk	Quick Care virksomhedspraktik	Konstrueret
Restgruppe	Restgruppe	Konstrueret
Vejledning og opkvalificering	Vejledning og opkvalificering	Konstrueret
Almen_virk	Almen virksomhedspraktik	Konstrueret

## BILAG 4: OPERATIONALISERING

Øversigt over operationaliseringen af centrale variable fra analysen.

Variabelnavn	Indhold	Operationalisering
Aldersgruppe	5 grupperinger efter fødselsår	Individens placering i aldersgrupper med 10 års intervaller baseret på oplysninger om deres fødselsår.
Statsborgerskab	Statsborgerskab grupperet som enten dansk, vestlig, ikke vestlig.	Individens statsborgerskabstilknytning baseret på oplysninger om deres statsborgerskab.
Uddannelsesgruppe	5 grupper af uddannelser fra højest til lavest niveau.	Individens placering i uddannelsesgrupperne er baseret på oplysninger om deres højeste gennemførte uddannelse.
FysiskSygdom 2010-2012	Borgere som lider af fysisk sygdom 2010-2012	Konstrueret variabel på baggrund af oplysninger om individens modtagelse af behandling hos egen læge, henvisninger til fysioterapeut, ergoterapeut eller indlæggelser på alment hospital.
PsykiskSygdom 2010-2012	Borgere som lider af psykisk sygdom 2010-2012	Konstrueret variabel på baggrund af oplysninger om individens modtagelse af henvisning til psykolog eller indlæggelser på psykiatrisk hospital.
BeggeSygdom 2010-2012	Borgere som lider af kombinationssygdomme 2010-2012	Konstrueret variabel som baserer sig på en kombination af ovenstående to variable, FysiskSygdom2010-2012 og PsykiskSygdom2010-2012.
Sygdomsgrad 2009-2012	Borgerens akkumulerede forbrug af sundheds-ydelser 2009-2012	Variablen er konstrueret på baggrund af oplysninger om antal lægebesøg, antal indlæggelser og antal receptpligtige lægemidler det pågældende år og bruges som udtryk for en persons helbredstilstand.
QC_Fys	Deltagelse i tilbud om Quick Care fysioterapi	Baseret på oplysninger om, hvilken indsatstype en borger har været visiteret til. Antages at være udtryk for, hvilken indsatstype en borger har deltaget i en pågældende periode.
QC_Virk	Deltagelse i tilbud om Quick Care	Baseret på oplysninger om, hvilken indsatstype en borger har været visiteret til. Antages at være udtryk for, hvilken

	virksomhedspraktik	indsatstype en borger har deltaget i en pågældende periode.
Vejledning og opkvalificering	Deltagelse i tilbud om Vejledning og opkvalificering, ikke hos Quick Care.	Baseret på oplysninger om, hvilken insatstype en borger har været visiteret til. Antages at være udtryk for, hvilken insatstype en borger har deltaget i en pågældende periode.
Almen_virk	Deltagelse i tilbud om generel virksomhedspraktik, ikke hos Quick Care.	Baseret på oplysninger om, hvilken insatstype en borger har været visiteret til. Antages at være udtryk for, hvilken insatstype en borger har deltaget i en pågældende periode.
Restgruppe	Borger har modtaget anden indsats end de øvrige.	Baseret på oplysninger om, at borgeren ikke har været visiteret til ovenstående indsatser. Anvendes som udtryk for, at en borger ikke har deltaget i nogle af indsatsgrupperne der undersøges.

## BILAG 5: TABELOVERSIGT - EFFEKTANALYSE

Bilag 5.1: Sammenhæng mellem indsats og følgende tid på sygedagpenge. Modellen er den fulde version af tabel 6.4.

### Observationer

N	Valide	13901
	Missing	41699

### Model Summary

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,332 <sup>a</sup>	,111	,110	13,082
2	,460 <sup>b</sup>	,212	,211	12,318

### Koefficienter<sup>a</sup>

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	11,567	,603		19,187	,000
	Sygedagpenge2009	,376	,010	,349	38,556	,000
	Beskæftigelse2009	,039	,006	,058	6,389	,000
	Aldersgruppe2009	,006	,010	,005	,619	,536
	Statsborgerskab	2,173	,284	,062	7,665	,000
2	(Constant)	18,287	,600		30,503	,000
	Sygedagpenge2009	,346	,009	,321	37,433	,000
	Beskæftigelse2009	,064	,006	,096	11,164	,000
	Aldersgruppe2009	,056	,010	,044	5,691	,000
	Statsborgerskab	1,140	,269	,032	4,246	,000
	QC_Fysioterapi	-14,643	,586	-,203	-24,97	,000
	QC_Virksomhedspraktik	-2,164	2,630	-,006	-,823	,411
	Restgruppe	-10,634	,279	-,352	-38,14	,000

	Alm._Virksomhedspraktik	-2,910	,450	-,056	-6,47	,000
a. Afhængig variabel: Sygedagpenge 2010						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						

**Bilag 5.2: Sammenhæng mellem indsatsstype og antal uger på sygedagpenge. Modellen er den fulde model for 2. kvartal 2010.**

**Observationer**

N	Valide	16436
	Missing	63848

**Model Summary**

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,444 <sup>a</sup>	,197	,196	10,600
2	,532 <sup>b</sup>	,283	,282	10,015

**Koefficienter<sup>a</sup>**

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std.	Beta		
			Error			
1	(Constant)	5,191	,824		6,300	,000
	Statsborgerskab	,214	,374	,006	,571	,568
	Uddannelsesgruppe	-,343	,083	-,046	-4,134	,000
	Sygedagpenge2009	,394	,012	,418	32,381	,000
	Beskæftigelse2009	-,011	,008	-,018	-1,380	,167
	Sundhedsydelse 2009	,016	,005	,039	3,557	,000
	Aldersgruppe	,270	,230	,013	1,171	,242
2	(Constant)	16,53	,881		18,758	,000
	Statsborgerskab	-,568	,355	-,017	-1,602	,109
	Uddannelsesgruppe	-,182	,079	-,024	-2,305	,021



	Sygedagpenge2009	,348	,012	,369	29,815	,000
	Beskæftigelse2009	,007	,007	,011	,891	,373
	Sundhedsydelse 2009	,017	,004	,042	3,988	,000
	Aldersgruppe	,61	,219	,029	2,779	,005
	QC_ Fysioterapi	-15,96	,846	-,225	-18,87	,000
	QC_Virksomhedspraktik	-7,34	3,344	-,023	-2,202	,028
	Alm._Virksomhedspraktik	-10,07	,657	-,206	-15,32	,000
	Restgruppe	-13,31	,478	-,419	-27,83	,000
a. Afhængig variabel: Sygedagpenge 2010						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						

**Bilag 5.3: Sammenhæng mellem indsatsstype og antal uger i beskæftigelse. Modellen er den fulde version af tabel 6.5 og gælder for 2. kvartal 2010.**

#### Observationer

N	Valide	16436
	Missing	63848

#### Model Summary

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,678 <sup>a</sup>	,460	,460	14,907
2	,715 <sup>b</sup>	,512	,511	14,180

#### Koefficienter<sup>a</sup>

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,940	1,159		4,263	,000
	Statsborgerskab	-,528	,526	-,009	-1,003	,316
	Uddannelsesgruppe	,811	,117	,063	6,943	,000
	Sygedagpenge2009	,001	,017	,000	,030	,976

	Beskæftigelse2009	,674	,011	,659	62,557	,000
	Sundhedsydelse 2009	-,027	,006	-,038	-4,183	,000
	Aldersgruppe	1,445	,324	,041	4,461	,000
2	(Constant)	-7,629	1,247		-6,116	,000
	Statsborgerskab	,501	,502	,009	,997	,319
	Uddannelsesgruppe	,516	,112	,040	4,617	,000
	Sygedagpenge2009	,067	,017	,041	4,043	,000
	Beskæftigelse2009	,643	,010	,629	62,235	,000
	Sundhedsydelse 2009	-,027	,006	-,039	-4,457	,000
	Aldersgruppe	,721	,310	,020	2,327	,020
	QC_ Fysioterapi	11,909	1,197	,098	9,946	,000
	QC_virksomhedspraktik	-2,571	4,734	-,005	-,543	,587
	Alm._Virksomhedspraktik	7,617	,931	,091	8,183	,000
	Restgruppe	16,886	,677	,310	24,937	,000
a. Afhængig variabel: Beskæftigelse 2010						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						

**Bilag 5.4: Sammenhæng mellem indsatsstype og antal uger i beskæftigelse. Modellen er den fulde model for 1. kvartal 2010.**

**Observationer**

N	Valide	13901
	Missing	41699

**Model Summary**

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,636 <sup>a</sup>	,405	,405	14,000
2	,695 <sup>b</sup>	,482	,482	13,056

**Koefficienter<sup>a</sup>**

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7,153	,645		11,087	,000
	Sygedagpenge2009	,060	,010	,043	5,785	,000
	Beskæftigelse2009	,568	,006	,651	87,817	,000
	2009 alder	-,020	,011	-,012	-1,819	,069
	Statsborgerskab	-1,931	,303	-,042	-6,366	,000
2	(Constant)	,061	,635		,096	,923
	Sygedagpenge2009	,095	,010	,067	9,650	,000
	Beskæftigelse2009	,534	,006	,612	87,936	,000
	2009 alder	-,089	,011	-,052	-8,441	,000
	Statsborgerskab	-,636	,285	-,014	-2,234	,025
	QC_ Fysioterapi	8,239	,622	,087	13,255	,000
	QC_Virksomhedspraktik	1,779	2,787	,004	,638	,523
	Restgruppe	12,565	,296	,318	42,512	,000
Alm._Virksomhedspraktik	2,428	,477	,036	5,090	,000	

a. Afhængig variabel: Beskæftigelse 2010

b. Referencegruppe: Alm\_Vejledning og Opkvalificering.

**Bilag 5.5: Sammenhæng mellem indsatsstype og efterfølgende antal lægebesøg. Modellen er den fulde model for test af dette delmål.**

**Observationer**

N	Valide	13901
	Missing	41699

**Model Summary**

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,526 <sup>a</sup>	,276	,276	21,184
2	,527 <sup>b</sup>	,277	,277	21,172

**Koefficienter<sup>a</sup>**

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5,224	1,401		3,729	,000
	Statsborgerskab	3,250	,582	,051	5,584	,000
	Uddannelsesgruppe	,267	,142	,017	1,885	,060
	Sundhedssydelser 2010	,400	,007	,519	57,555	,000
	Aldersgruppe	,743	,390	,017	1,905	,057
	Sygedagpenge2009	-,013	,020	-,007	-,658	,511
	Beskæftigelse2009	-,006	,013	-,005	-,501	,616
2	(Constant)	4,085	1,451		2,815	,005
	Statsborgerskab	3,406	,584	,053	5,830	,000
	Uddannelsesgruppe	,232	,143	,015	1,622	,105
	Sundhedssydelser 2010	,400	,007	,520	57,653	,000
	Aldersgruppe	,631	,393	,015	1,606	,108
	Sygedagpenge2009	-,009	,020	-,005	-,454	,650
	Beskæftigelse2009	-,011	,013	-,009	-,826	,409
	QC_ Fysioterapi	4,094	1,320	,030	3,101	,002
	QC_ Virksomhedspraktik	2,630	5,880	,004	,447	,655

	Restgruppe	1,735	,609	,032	2,851	,004
	Alm._Virksomhedspraktik	,653	,972	,007	,672	,502
a. Afhængig variabel: LægeBesøg 2012						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						

**Bilag 5.6: Sammenhæng mellem indsats og efterfølgende lægemiddelforbrug. Modellen er den fulde model af tabel 6.6.**

**Observationer**

N	Valide	13901
	Missing	41699

**Model Summary**

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,688 <sup>a</sup>	,474	,473	9,651
2	,689 <sup>b</sup>	,475	,475	9,639

**Koefficienter<sup>a</sup>**

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-3,343	,635		-5,268	,000
	Statsborgerskab	-2,262	,263	-,066	-8,595	,000
	Udannelsesgruppe	-,116	,064	-,014	-1,802	,072
	Sundhedsydelse 2010	,275	,003	,668	87,329	,000
	Aldersgruppe	2,178	,177	,094	12,315	,000
	Sygedagpenge2009	,043	,009	,042	4,802	,000
	Beskæftigelse2009	,011	,006	,017	1,941	,052
2	(Constant)	-3,950	,657		-6,014	,000
	Statsborgerskab	-2,190	,264	-,064	-8,297	,000
	Uddannelsesgruppe	-,131	,065	-,016	-2,020	,043
	Sundhedsydelse 2010	,276	,003	,669	87,517	,000
	Aldersgruppe	2,135	,178	,092	11,983	,000

	Sygedagpenge2009	,045	,009	,044	5,036	,000
	Beskæftigelse2009	,009	,006	,014	1,577	,115
	QC_Fysioterapi1	2,793	,598	,038	4,672	,000
	Restgruppe1	,839	,275	,029	3,055	,002
	Alm._Virksomhedspraktik1	,250	,441	,005	,567	,571
a. Afhængig variabel: Lægemedler 2010						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						

**Bilag 5.7: Model for langsigtede mål: Modellen er den fulde model for sammenhængen mellem indsats og antal uger på sygedagpenge i 2014.**

**Observationer**

N	Valide	13901
	Missing	41699

**Model Summary**

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,078 <sup>a</sup>	,006	,005	9,817
2	,087 <sup>b</sup>	,008	,007	9,810

**Koefficienter<sup>a</sup>**

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,450	,646		5,345	,000
	Statsborgerskab	,093	,268	,004	,347	,729
	Uddannelsesgruppe	,033	,065	,005	,501	,616
	Sundhedsydelse 2010	,009	,003	,031	2,911	,004
	Aldersgruppe	,262	,180	,015	1,457	,145
	Sygedagpenge2009	,042	,009	,055	4,587	,000
	Beskæftigelse2009	-,009	,006	-,019	-1,61	,108
2	(Constant)	3,151	,668		4,713	,000

	Statsborgerskab	,150	,269	,006	,560	,576
	Uddannelsesgruppe	,011	,066	,002	,172	,863
	Sundhedsydelse 2010	,010	,003	,032	3,020	,003
	Aldersgruppe	,202	,181	,012	1,113	,266
	Sygedagpenge2009	,045	,009	,059	4,887	,000
	Beskæftigelse2009	-,012	,006	-,024	-1,95	,047
	QC_Fysioterapi1	1,290	,608	,024	2,120	,034
	Andet1	,677	,280	,031	2,419	,016
	Alm._Virksomhedspraktik1	-,524	,449	-,014	-1,17	,243
a. Afhængig variabel: Sygedagpenge 2014						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						

**Bilag 5.8: Model for langsigtede delmål: Modellen er den fulde model for sammenhængen mellem indsats og antal lægebesøg i 2012.**

#### Observationer

N	Valide	13901
	Missing	41699

#### Model Summary

Model	R	R <sup>2</sup>	Justeret R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate
1	,526 <sup>a</sup>	,276	,276	21,184
2	,527 <sup>b</sup>	,277	,277	21,172

#### Koefficienter<sup>a</sup>

Model		Unstand. koefficienter		Stand. koefficienter	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5,224	1,401		3,729	,000
	Statsborgerskab	3,250	,582	,051	5,584	,000
	Uddannelsesgruppe	,267	,142	,017	1,885	,060
	Sundhedsydelse 2010	,400	,007	,519	57,555	,000

	Aldersgruppe	,743	,390	,017	1,905	,057
	Sygedagpenge2009	-,013	,020	-,007	-,658	,511
	Beskæftigelse2009	-,006	,013	-,005	-,501	,616
2	(Constant)	4,085	1,451		2,815	,005
	Statsborgerskab	3,406	,584	,053	5,830	,000
	Uddannelsesgruppe	,232	,143	,015	1,622	,105
	Sundhedsydelse 2010	,400	,007	,520	57,653	,000
	Aldersgruppe	,631	,393	,015	1,606	,108
	Sygedagpenge2009	-,009	,020	-,005	-,454	,650
	Beskæftigelse2009	-,011	,013	-,009	-,826	,409
	QC_ Fysioterapi	4,094	1,320	,030	3,101	,002
	QC_Virksomhedspraktik	2,630	5,880	,004	,447	,655
	Restgruppe	1,735	,609	,032	2,851	,004
	Alm._Virksomhedspraktik	,653	,972	,007	,672	,502
a. Afhængig variabel: Lægebesøg 2012						
b. Referencegruppe: Alm_Vejledning og Opkvalificering.						



# ARTIKELOVERSIGT

Afhandlingens artikelbidrag består af følgende publikationer:

- **Artikel I** - Bredgaard & Sieling-Monas (2015): Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere?. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, vol 17(1), side 28-43.
- **Artikel II** - Sieling-Monas (under udgivelse): Opening the black box – employment rehabilitation interventions for sickness benefit recipients. Tiltænkt *Nordic Journal for Working life Studies*.



# Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere?

*Stella Mia Sieling-Monas & Thomas Bredgaard*

Det seneste årti er beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere udvidet og intensiveret. Der er nu krav i lovgivningen om, at kommunerne skal iværksætte en aktiv, tidlig, tværfaglig og helhedsorienteret beskæftigelsesindsats for at få sygedagpengemodtagere i arbejde. Men i hvilken udstrækning er der forskningsmæssigt belæg for antagelserne i sygedagpengeindsatsen? Det undersøges i denne artikel: dels ved at synliggøre og systematisere antagelserne i sygedagpengelovgivningen, dels ved en gennemgang og evaluering af den nyeste danske og internationale litteratur på området.

Sygedagpenge er en midlertidig økonomisk kompensation, der ydes til erhvervsaktive personer, som er sygemeldte på baggrund af egen sygdom. Sygedagpengeindsatsen, som her betegner den samlede kommunale indsats på sygedagpengeområdet, har som primært formål at understøtte, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt.

I 2013 var der i alt ca. 375.000 personer, som modtog sygedagpenge i kortere eller længere tid, hvilket omregnet til fuldtidspersoner svarede til ca. 75.000 helårsmodtagere. Blandt disse sygedagpengemodtagere er der en stigende andel, som deltager i beskæftigelsesrettede tilbud. Siden 2008 er antallet af aktiverede sygedagpengemodtagere steget fra knap 30.000 personer til knap 50.000 personer i 2013 (jf. jobindsats.dk). De offentlige udgifter til forsørgelse af sygedagpengemodtagere udgjorde i 2012 knap 14 mia. kr. Driftsudgifterne til den aktive ind-

sats for sygedagpengemodtagere var samme år 0,6 mia. kr. (Koch-udvalget 2014, 29).

Overgangen til en aktiv beskæftigelsesindsats for sygedagpengemodtagere sker i midten af 2000-tallet. Den er således næsten et årti forsinket i forhold til den aktive arbejdsmarkeds- og socialpolitik for dagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere (Bredgaard m.fl. 2011; Torfing 2004; Larsen m.fl. 2001).

Indsatsen for sygedagpengemodtagere er inspireret af antagelser fra den aktive beskæftigelsesindsats om, at en tidlig og aktiv beskæftigelsesrettet indsats kan reducere antallet af borgere på overførselsindkomst. Sygedagpengeindsatsen er samtidig inspireret af nyere forestillinger i reformerne af førtidspensions- og kontanthjælpsområdet om, at indsatser skal være koordinerede, tværfaglige og helhedsorienterede for at virke (jf. jobafklaringsforløb i næste afsnit).

Spørgsmålet er imidlertid, om beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere

virker efter hensigten, og om der er belæg for lovgivningens antagelser. Det undersøges vi ved at gennemgå lovgivningen og opstille en såkaldt *programteori* for antagelserne i sygedagpengeindsatsen. Dernæst efterprøves programantagelsernes gyldighed ved at undersøge, i hvilken udstrækning der i litteraturen er belæg for lovgivningens antagelser. Ambitionen er at tydeliggøre, hvor der enten er tilstrækkelig viden, mangler viden, eller hvor den eksisterende viden er modstridende, usikker eller uklar.

### Udviklingen i sygedagpengeindsatsen

For at forstå de væsentligste programantagelser for sygedagpengeindsatsen, starter vi med at redegøre for udviklingen i lovgivningen på sygedagpengeområdet.<sup>1</sup> Hensigten er at identificere centrale antagelser bag den nuværende lovgivning på området og derefter undersøge, om der er belæg for antagelserne i forsknings- og evalueringslitteraturen.

I begyndelsen af 1970'erne bliver sygedagpengeindsatsen formelt et anliggende for kommunalpolitik og administration. I 1973 overtager kommunerne det økonomiske ansvar for tildelingen af sygedagpenge og ansvaret for opfølgningen i sygedagpengesager fra de private sygekasser. I de følgende to årtier stiller lovgivningen på området dog kun ganske få krav til kommunernes opfølgning.

Fra midten af 1990'erne tages skridt mod en mere aktiv opfølgningsindsats i tråd med den linje, som lægges på kontanthjælps- og dagpengeområdet. I 1996 fremrykkes opfølgningen i sygedagpengesager til senest ottende uge mod tidligere hver tredje måned. Denne fremrykkede indsats styrkes samtidig med krav om, at kommunerne skal udarbejde opfølgningsplaner inden seks måneders sygefravær. Kravet

om en tværfaglig koordination styrkes i samme forbindelse, idet det forudsættes, at opfølgningen sker i samarbejde med den sygemeldtes arbejdsgiver og faglige organisationer, hvor der hidtil kun var krav om inddragelse af sundhedssystemet og arbejdsformidlingen.

I 1998 skærpes den sygemeldtes forpligtelse til at medvirke ved opfølgningen. Hvis kommunen vurderer, at den sygemeldte ikke medvirker, er det muligt at stoppe udbetaling af sygedagpenge. Således indføres muligheden for at anvende økonomiske sanktioner. Året efter skærpes kommunernes incitamenter til at gennemføre en tidligere indsats, idet der indføres varighedsbegrænsning, således at kommunerne skal afholde den fulde forsørgelsesudgift til sygedagpengemodtagere efter 52 uger. Fra ottende til 52. fraværsuge afholder kommunen 50 % af forsørgelsesudgiften og får resten refunderet af staten. I år 2000 fremrykkes kommunernes medfinansiering til efter femte fraværsuge. Det er dog først efter årtusindeskiftet, at der iværksættes beskæftigelsestilbud til sygedagpengemodtagere. Første skridt er indførelse af *arbejdsevne metoden*. I 2002 bliver det obligatorisk for kommunerne at benytte arbejdsevne metoden til at beskrive, vurdere og udvikle arbejds-evnen, når borgere ansøger om førtidspension, fleksjob og revalidering. Man ønsker at flytte fokus fra *uarbejdsdygtighed* til *arbejdsevne* ved at fokusere på borgernes evne til at opfylde de krav, der stilles på arbejdsmarkedet til at udføre forskellige arbejdsopgaver. Arbejdsevne metoden og ressourceprofilen skal sammen skabe et ensartet og fælles fagligt grundlag for sagsbehandlingen, herunder også i sygedagpengesager.

Det beskæftigelsesrettede fokus i sygedagpengeloven forstærkes i 2005. I tråd med udviklingen på beskæftigelsesområdet for dagpenge- og kontanthjælpsmodtagere gøres det tydeligt, at formålet med sygedag-

pengeindsatsen er, at flest muligt fastholdes i arbejde, og at sygefraværsperioden gøres så kort som muligt. Der kommer mere fokus på brugen af delvise raskmeldinger (når borgeren kan genoptage arbejdet på nedsat tid) og løbende kontakt med arbejdspladsen under sygeforløbet.

Der indføres samtidig tre visitationskategorier, som sygemeldte skal inddeles i ved opfølgningssamtalerne: 1) sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forestående, 2) sager, hvor der er risiko for et langvarigt sygeforløb, eller risiko for at borgerens arbejdsevne bliver truet, samt 3) sager, hvor indsatsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygeforløb, og hvor tilbagevenden til arbejde eller deltagelse i tilbud ikke er muligt (Rigsrevisionen 2014). For personer i kategori 2 indføres en hyppigere og mere intensiv indsats med personlige samtaler hver fjerde uge. Der indføres desuden nye lægeerklæringer, som skal indeholde oplysninger om funktionsbegrænsninger med henblik på at fastholde den sygemeldte i arbejde.

I 2008 blev der, som led i finanslovsaftalen for 2009, indgået en politisk aftale om nedbringelse af sygefraværet. Med aftalen fik jobcentrene mulighed for at tilbyde sygemeldte en aktiv beskæftigelsesindsats. Arbejdsgiverne forpligtes til at afholde fraværssamtaler med den sygemeldte efter senest fire uger og medvirke til at udfylde såkaldte *mulighedserklæringer* omkring arbejdsfastholdelse. Arbejdsgivernes incitament til at fastholde sygemeldte medarbejdere skærpes tillige, idet perioden, hvor arbejdsgiveren skal betale for de ansattes sygefravær, forlænges til de første 30 sygedage.

Kommunernes beskæftigelsesindsats udvides samtidig, idet kommunerne får mulighed for at anvende hele redskabsviften i *lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (dvs. vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, løntilskud og mentorordninger).

Kommunens incitament til at iværksætte en aktiv indsats skærpes yderligere, idet kommunerne får 65 % refusion af udgifterne, når sygemeldte er i aktive tilbud, mod 35 %, når de er i såkaldt passive perioder.<sup>2</sup>

Det foreløbigt sidste skridt i denne *aktivgørelse* af sygedagpengelovgivningen er forliget om reform af sygedagpengesystemet fra december 2013. Forliget afskaffer varighedsbegrænsningen efter 52 uger og indfører i stedet en ny kontanthjælpssignende ydelse uden formue- eller ægtefælleafhængighed. Til gengæld for denne tidsbegrænsede forsørgelsesydelse sker der dog en revurdering af den sygemeldtes ret til sygedagpenge allerede efter fem måneder mod tidligere 12 måneder. Hvis den sygemeldte ikke kan forlænges på sygedagpenge, overgår vedkommende til såkaldte jobafklaringsforløb og den nye og lavere ydelse på niveau med kontanthjælpen.

Jobafklaringsforløbene tager udgangspunkt i de ressourceforløb og rehabiliteringsteams, som er indført på førtidspensions- og kontanthjælpsområdet. Målsætningen er at tilbyde en individuelt tilpasset og helhedsorienteret indsats, der kan bidrage til at udvikle arbejdsevnen for den enkelte. Den sygemeldte får tildelt en koordinerende sagsbehandler, som skal være gennemgående i hele borgerens sygeforløb. De aktive beskæftigelsestilbud koncentrerer omkring sygemeldte med *"længerevarende, men forudsigelige forløb, hvor sygdommen er udredt, og der er igangsat behandling"* i visitationskategori 2 (jf. forligstekst, dateret 18. december 2013, s. 2).

Reformen bygger således videre på antagelser om, at en tidlig, aktiv og helhedsorienteret beskæftigelsesindsats virker for sygedagpengemodtagere, navnlig personer i risiko for længerevarende sygeforløb (kategori 2). Vi vil i det følgende eksplicitere de antagelser, som er præsenteret i gennemgangen af lovgivningen, ved at opstille en

programteori for beskæftigelsesindsatsen på sygedagpengeområdet for denne gruppe borgere.

### Programteori for indsatsen

Programteorier er udviklet indenfor evalueringsteori, nærmere bestemt indenfor virkningsevaluering (jf. Dahler-Larsen & Krogstrup 2004; Bredgaard m.fl. 2011; Dahler-Larsen 2013; Pawson & Tilley 1997; Pawson 2013). Programteorier er eksplicitte antagelser om, hvad der virker for hvem under hvilke omstændigheder. Altså antagelser om, hvad der forbinder en given intervention overfor en bestemt målgruppe med bestemte resultater i en given kontekst (Bredgaard m.fl. 2011; Funnell & Rogers 2011; Dahler-Larsen 2013). Programteorier identificerer og evaluerer de (generative) mekanismer, som i bestemte kontekster udløser resultater ('outcomes') (Pawson & Tilley 1997). Disse programantagelser kan stamme fra eksisterende forskning, evaluering og faglig teori på et felt, men også fra de mere implicite antagelser, som er indlejret i lovgivning og hos beslutningstagere, medarbejdere, brugere og borgere. Der kan således være en enkelt, flere eller muligvis modstridende programteorier for den samme intervention (Hansen & Vedung 2010).

I det følgende går vi på jagt efter en generisk programteori for sygedagpengeindsatsen. Udgangspunktet er lovgivningens antagelser om, hvad der virker for hvem under hvilke omstændigheder. Disse antagelser er sjældent krystalklare og eksplicitte. Vi forventer heller ikke, at der er et lineært forhold mellem lovgivning og praksis, men antager i stedet, at lokal praksis i en vis udstrækning bygger på antagelserne i lovgivningen med rum for lokal variation og diskretion. Der vil uden tvivl kunne identificeres et større antal mere specifikke programteorier i den kommunale praksis,

som i større eller mindre grad er afledt af lovgivningens intentioner og formål.

I det følgende har vi valgt at præsentere den lovgivningsbaserede programteori for sygedagpengeindsatsen som et procesdiagram inspireret af Funnell & Rogers (2011). Diagrammet illustrerer forventede kausale sammenhænge, som antages at eksistere mellem de væsentligste aktiviteter i sygedagpengeindsatsen og forventede resultater på kort og længere sigt (delmål og slutmål), jf. figur 1 nedenfor. De centrale begreber i programteorien er målgruppe, aktiviteter, mekanismer, delmål og slutmål. Vi beskriver hver af dem nedenfor, samtidig med at vi udvikler programteorien for sygedagpengeindsatsen.

*Målgruppen* for indsatsen er sygedagpengemodtagere, som deltager i beskæftigelsesrettede tilbud efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, dvs. kategori 2 i sygedagpengeloven. Indenfor denne målgruppe er der forskellige undergrupper (fx sygemeldte fra ledighed, sygemeldte fra beskæftigelse, sygemeldte med fysiske begrænsninger, sygemeldte med psykiske lidelser). I litteraturgennemgangen vil vi rette opmærksomheden mod, om indsatsen virker forskelligt for disse undergrupper.

De væsentligste *aktiviteter* i sygedagpengeindsatsen er beskæftigelsestilbud, opfølgningssamtaler og udredning. Det er i den sammenhæng en pointe, at sygedagpengeindsatsen må formodes at virke bedst i de tilfælde, hvor indsatsen er koordineret og sammenhængende på tværs af disse aktiviteter.

(1) *Beskæftigelsestilbud* til sygedagpengemodtagere består af tre generelle indsatser: Virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud (dog ikke sygemeldte med arbejdsgiver) samt vejledning og opkvalificering (aktivloven § 22). Vejledning og opkvalificering dækker i den sammenhæng over ordinære uddannelser, korte kurser og afklaringsforløb. Som en del af disse aktive tilbud kan

indgå psykologhjælp, kostvejledning, fysisk træning, stress- og smertehåndtering m.v. Egentlig hospitalsbehandling er dog ikke et aktivt tilbud. Der er en klar prioritering i lovgivningen, hvor virksomhedspraktik og løntilskud foretrækkes frem for øvrige tilbud, såsom opkvalificering, vejledning og afklaring hos kommunale eller andre leverandører. Det kommer bl.a. til udtryk i den differentierede refusionsmodel, hvor henholdsvis 50 % og 30 % af kommunens sygedagpengeutgifter dækkes af staten.

(2) *Opfølgningssamtaler* og planer: Der skal ifølge sygedagpengeloven iværksættes et individuelt og fleksibelt opfølgningsforløb under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger. I kategori 2-sager skal der følges op første gang inden ottende uge og herefter mindst hver fjerde uge. Kommunen skal ved første samtale tage stilling til udarbejdelse af en opfølgningsplan med fokus på arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde. Formålet med planen er at sikre overblik og koordination af indsatsen i den enkelte sag (jf. sygedagpengeloven § 16).<sup>3</sup>

(3) *Udredning* er ikke en kategori eller aktivitet i lovgivningen, men en samlebetegnelse for kommunens og øvrige relevante parter indsats for at udrede fysiske og psykiske udfordringer hos den enkelte. Det vil i praksis ofte være kommunen, der i samarbejde med læger og sygehus vurderer den sygemeldtes konkrete behov for behandling (jf. sygedagpengeloven § 15). Det er muligt for kommunen at stoppe udbetaling af sygedagpenge, hvis den sygemeldte mod lægens opfordring afviser at lade sig indlægge eller modtage nødvendig lægebehandling eller afviser at deltage i genoptræning (sygedagpengeloven § 21).<sup>4</sup>

Formålet med aktiviteterne er at opnå bestemte resultater i forhold til målgruppen. I programteorien skelnes mellem *delmål* og *slutmål* (kortsigtede og langsigtede resulta-

ter eller *'output'* og *'outcome'*, som de benævnes i den engelske litteratur). Det er oftest betydeligt lettere at realisere delmål end slutmål, idet omgivelserne og eksterne faktorer i højere grad indvirker på sidstnævnte. Der er omvendt på beskæftigelsesområdet en tendens til hovedsageligt at evaluere på realisering af slutmålet (navnlig selvforsørgelses- og beskæftigelsesgrad). Det langsigtede slutmål for sygedagpengeindsatsen er, at borgerne bliver selvforsørgende gennem ordinær beskæftigelse. Der er imidlertid andre accepterede stationer på vejen mod fuld selvforsørgelse, som det fremgår af figur 1, nemlig delvis raskmelding, revalidering og fleksjob.<sup>5</sup> Dette fremgår bl.a. af de såkaldte forlængelsesmuligheder, hvorved kommunen kan træffe afgørelse om at forlænge sygedagpengeperioden for personer, der er omfattet af varighedsbegrænsningen. Forlængelsesmuligheden omfatter bl.a. revalidering og afgørelse om ret til fleksjob (jf. sygedagpengeloven § 27). Staten belønner samtidig kommunen med høj refusion (50 %), når den sygemeldte er delvist raskmeldt. Omkring en tredjedel af sygedagpengemodtagerne overgår til beskæftigelse. En tredjedel forsætter på midlertidig offentlig forsørgelse (a-dagpenge, kontanthjælp eller sygedagpenge). Omkring en femtedel flytter til fleksjob eller revalidering (inkl. ledighedsydelse). Den resterende tiendedel overgår til førtidspension eller andet (jf. jobindsats.dk).

Det afgørende – og mest udfordrende – i anvendelsen af virkningsevaluering er at identificere og evaluere *mekanismer*. Det er mekanismerne, som forbinder målgrupper og de aktiviteter, som indsatsen omfatter, med de resultater, som skabes. Mekanismer forklarer, hvordan og hvorfor en indsats virker eller ikke virker, og forklarer hvad det er ved en aktivitet, som påvirker resultatet. Mekanismer er dog vanskelige at identificere og evaluere. Mekanismer er

hverken programaktiviteter eller statistiske variable, selvom de ofte bliver forvekslet hermed (Astbury & Leeuw 2010; Pawson & Manzano-Santaella 2012). Opgaven er derfor at identificere, hvad det er ved selve indsatsen, som får den til at virke, hvis og når den virker. Mekanismer er ifølge Astbury og Leeuw (2010, 368ff) kendetegnet ved (1) ofte at være skjulte, (2) følsomme overfor variationer i konteksten og (3) at generere resultater. Mekanismer er vigtige at identificere, både fordi de linker indsatsens aktiviteter med de forventede resultater, men også fordi de er overførbare fra én kontekst til en anden og dermed kan muliggøre læring og faglig teoribygning.

Relationen mellem mekanismer og resultater er ikke fastgjort på forhånd, men er kontingent, dvs. afhænger af den pågældende *kontekst*. Om potentialer bliver til effekter afhænger af, hvorvidt den pågældende kontekst formår at aktivere me-

kanismerne. Konteksten er en slags antændingsmekanisme, der bestemmer, hvornår mekanismerne virker. Konteksten er derfor afgørende, når succes eller fiasko skal forklares. Det er dermed evalueringens opgave at undersøge, i hvilken udstrækning en given kontekst aktiverer eller deaktiverer de intendede mekanismer.

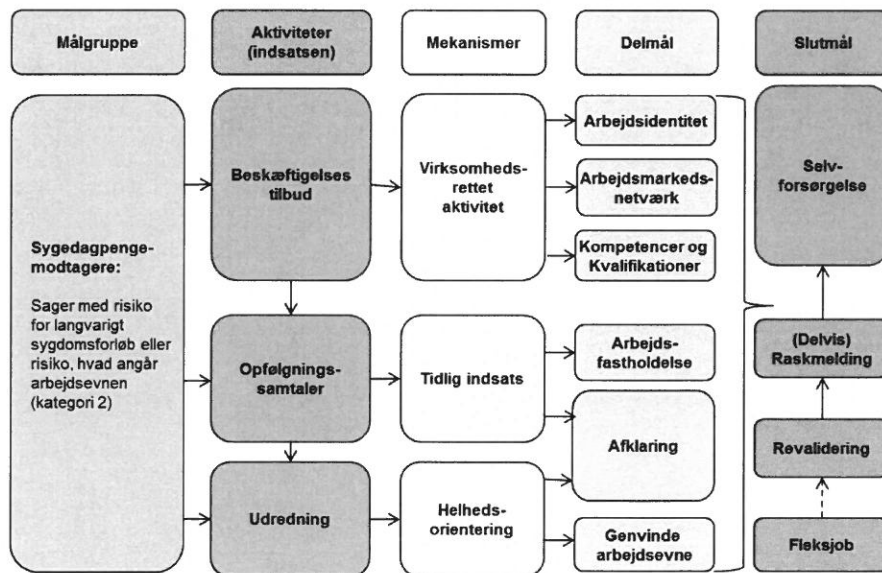
Med disse begreber er det nu muligt at præsentere en programteori for beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere (jf. figur 1).

I det følgende afsnit gennemgår vi kort programteoriens tre mekanismer, altså de led i vores programteori, som antages at forbinde aktiviteterne med givne del- og slutmål.

### Første mekanisme: Virksomhedsrettet aktivitet

Overordnet bygger lovgivningen på en antagelse om, at virksomhedsrettet aktivitet

Figur 1. Programantagelser i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere





medvirker til at få borgeren hurtigst muligt tilbage til raskmelding eller arbejde, fordi det forventeligt forbedrer deltagernes arbejdsidentitet, arbejdsmarkedsnetværk samt kompetencer og kvalifikationer. Aktivitet opfattes grundlæggende som bedre end passivitet, uagtet hvilke psykiske eller fysiske problemstillinger, der ligger til grund for en borgers sygdommelding (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013). Det dækker over virksomhedspraktik og privat løntilskud for ledige sygedagpengemodtagere og arbejdspladsbaserede interventioner for ansatte sygedagpengemodtagere. For ansatte sygedagpengemodtagere er der en klar antagelse om, at tidlig involvering af arbejdspladsen kan medvirke til at bringe sygemeldte hurtigere tilbage på arbejdspladsen, og at gradvis tilbagevenden (delvis raskmelding) angives som et eksempel på en indsats, der virker (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013, 20). For ledige sygedagpengemodtagere er antagelsen overført fra den aktive beskæftigelsesindsats for dagpengemodtagere, hvor effektevalueringer og kontrollerede forsøg har påvist positive beskæftigelseseffekter af virksomhedsrettet aktivering (Rosholm & Svarer 2011; Det Økonomiske Råd 2012). Det er imidlertid uklart, hvorfor og hvordan virksomhedsrettet aktivitet virker.

#### **Anden mekanisme: Tidlige indsatser**

En anden central antagelse er, at indsatsen skal iværksættes tidligt. Det betyder, at der skal gennemføres opfølgningssamtaler senest efter otte uger fra borgerens sygdommelding. Antagelsen er, at jo hurtigere foranstaltningerne iværksættes, jo kortere tid vil borgeren være sygemeldt. (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013, 12).

#### **Tredje mekanisme: Helhedsorientering**

I de senere år er der sket en udvikling hen mod et øget fokus på helhedsorientering i sygefraværsindsatsen, særligt i forbindelse

med reformer af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge. I lovgivningsmateriale og vejledninger anvendes begreber som tværfaglighed, sammenhæng, koordination, samarbejde, parallelitet m.v. Begreber, som er vanskelige at operationalisere og konkretisere. Udfordringen er at undgå en situation, hvor den sygemeldte falder ned mellem beskæftigelsessystemet og sundhedssystemet og oplever en fragmenteret og opsplittet indsats. Der er således indført tværfaglige rehabiliteringsteams, som skal afgøre langvarige og komplekse sager, hvor tidligere indsatser ikke har været virkningsfulde, og der er indført koordinerende sagsbehandlere, som skal sikre helhedsorienteringen i praksis. For sygedagpengemodtagere skal det tværfaglige samarbejde indgå som led i borgernes opfølgningsplan.

Vi vil nu efterprøve, hvorvidt der i den eksisterende litteratur er belæg for de mest centrale antagelser i lovgivningen

### **Litteraturgennemgang**

I det følgende foretages en gennemgang af den danske og udenlandske litteratur omkring, hvad der virker for hvem i sygedagpengeindsatsen. Denne gennemgang har til formål at undersøge, hvorvidt der er belæg for de antagelser, som er fundet i lovgivningen. Men først en metodisk note. Vi henter inspiration til litteraturgennemgangen fra den realistiske syntese (jf. Pawson 2006) og har udvalgt såvel proces- og effektevalueringer som kvalitative og kvantitative studier. Selektionskriterierne er både krav til videnskabelig kvalitet og relevans i forhold til centrale antagelser i programteorien. Der er foretaget en emnebaseret søgning på strategisk udvalgte nøgleord: arbejdsmarked, aktivering, beskæftigelse, beskæftigelsespolitik, dagpenge, indsats, kommuner, koordinering, ledighed, rehabilitering, reform, sociale ydelser, sygedagpenge, sygdom, syge-

fravær, sygemeldte, tidlig, tværfaglig, tværsektorielt. Søgningen vægter således både nøgleord, som er emneorienterede samt nøglebegreber, som er teoretiske. Der er desuden udvalgt primærlitteratur gennem søgninger i litteraturlister, kildehenvisninger og websøgning. Strategien er at lade søgningsarbejdet præge af en art sneboldmetode, indtil henvisninger bliver selv-refererende og ikke henviser til nye, væsentlige udgivelser (Pawson, 2006). Vi har på ovenstående grundlag udvalgt 10 studier fra perioden efter år 2000. Den ene halvdel består af review af den eksisterende danske og internationale litteratur, hvilket i alt omfatter omkring 400 primærstudier. Den anden halvdel er kvalitative og kvantitative evalueringer af forskellige typer af interventioner, som er gennemført i dansk sammenhæng.

### Review af undersøgelser på sygedagpengeområdet

Vi begynder med en gennemgang af de fem udvalgte litteraturoversigter, der som nævnt både omfatter dansk og international litteratur på sygedagpengeområdet. I gennemgangen fokuserer vi især på studiet af Høgelund (2012), idet dette review er den største og mest omfattende af sin art for den specifikke målgruppe.

#### 1. Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats

Jan Høgelund fra SFI har for Arbejdsmarkedsstyrelsen gennemført det hidtil mest omfattende review af danske og internationale forskningsresultater af beskæftigelseseffekten af indsatser for sygemeldte (Høgelund 2012). Rapporten gennemgår resultaterne af i alt 95 reviews og enkeltstående studier. Der inkluderes alene kvantitative effektstudier, primært artikler, fra perioden 2001 til 2011. Rapporten sammenfatter viden om effekten af indsatser på arbejdspladser, her-

under delvise syge- og raskmeldinger, og indsatser i sundheds- og beskæftigelsessystemet, herunder effekten af tværfaglige og tidlige indsatser. Høgelund konkluderer på dette grundlag følgende:

- Der er evidens for, at *arbejdspladsbaserede indsatser* har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er indikation for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, øger beskæftigelseschancen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer såsom stress eller depression. Resultaterne bygger på seks 'reviews' og 17 enkeltstående studier.
- Der er udvalgt tre danske og fem norske/svenske studier omkring *delvise rask- og sygemeldinger*. Disse studier understøtter, at delvise rask- og sygemeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for lønmodtagere generelt (uanset helbredsproblem). Der er ingen viden om effekten for sygemeldte med forskellige typer af helbredsproblemer. Der er få studier og modstridende viden, når det gælder mentale helbredsproblemer.
- Der er modstridende viden om effekten af *beskæftigelsesindsatser* (fx revalidering i form af uddannelse, aktive tilbud og assistance til jobsøgning og tilbagevenden til arbejde, forkortet TTA). De fundne studier omhandler indsatser med forskelligt indhold. Resultaterne bygger på to danske og fire udenlandske studier, heraf to randomiserede studier. Der er blot en enkelt registerundersøgelse, som undersøger effekten af samtaler og aktive tilbud, herunder delvise raskmeldinger. Det omtalte studie er evalueringen af det kontrollerede forsøg *Aktive – hurtigere tilbage*, som vi omtaler igen nedenfor. Analysen viser, at indsatsen ikke påvirkede deltagerens selvforsørgelsesgrad de første 50 uger efter forsøgets start (Boll m.fl. 2010).

- Der er sammenlignet med andre indsatsområder et stort vidensgrundlag omkring effekter af *indsatser i sundhedssystemet* (fysisk træning, indsatser rettet mod mentale forhold samt indsatser, som inddrager fysiske og mentale elementer); men der er modstridende viden på området. Den modstridende viden kan skyldes forskelle i effektmål (sygefravær versus TTA), population (fx om studier med andre end sygemeldte er medtaget) og afgrænsning af indsatserne. Resultaterne tyder i retning af, at fysisk rettede indsatser gennemgående har en positiv effekt, og at inddragelse af arbejdspladsen øger effekten.
- Der er udvalgt et review og otte enkeltstående studier om effekten af *tværfaglige indsatser*. De viser evidens for, at tværfaglige indsatser i sundhedssystemet har en positiv effekt for ryg-sygemeldte.
- Der er udvalgt et review og tre studier, som viser stærk evidens for, at *kontakt mellem aktører i sundhedssystemet og på arbejdspladsen* har en positiv effekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er moderat evidens for, at tidlig kontakt mellem arbejdsgiverne og den sygemeldte har en positiv beskæftigelseseffekt.
- Der er modstridende viden om effekten af indsatsen, hvor *samtaler* udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen. Det er svært metodisk at adskille effekten af samtaler fra øvrige tiltag, og effekten afhænger formentlig også af samtalerens indhold og kontekst.
- Den tilgængelige viden (i dette tilfælde tre 'reviews') understøtter, at *tidlig indsats* har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Evidensgrundlaget er imidlertid ikke så sikkert som i traditionelle 'reviews' af randomiserede studier, idet effekten i studier med personer sygemeldt i kort tid sammenlignes med effekten i studier med langvarigt sygemeldte.

Der er således visse opmuntrende resultater særligt for indsatser rettet mod sygemeldte med skelet- og muskelbesvær. Høgelund (2012, 24) advarer dog mod at drage for håndfaste konklusioner. For det første fordi effekterne af indsatserne ser ud til at være af forholdsvist begrænset størrelse. For det andet fordi flere review peger på, at studierne har metodiske svagheder, hvilket gør vidensgrundlaget usikkert. For det tredje er der tegn på publiceringsbias, dvs. at positive resultater oftere bliver publiceret end negative resultater. For det fjerde er mange af studierne gennemført under andre lovgivningsmæssige og kulturelle forhold foldhold end i Danmark, og der er behov for at efterprøve, om resultaterne af udenlandske effektstudier også gælder i Danmark (Høgelund 2012, 25). Vi ser i det følgende nærmere på de resterende udvalgte studier og forsøger at komme nærmere en vurdering af, hvorvidt vores programteori kan understøttes af forskningsresultater.

## 2. Effekter af arbejdsfastholdelse

I en undersøgelse af hvad der bidrager til at få skadelidte medarbejdere tilbage på arbejdspladsen, finder Holt og Nilson (2013) fra SFI, at inddragelse af virksomheden og koordinering mellem den sygemeldte og dennes arbejdsgiver er afgørende for succes. Rapporten sætter fokus på virksomhederne rolle og erfaringer i forbindelse med arbejdsskader og efterfølgende fastholdelsesprocesser. Rapporten er baseret på en gennemgang af den videnskabelige litteratur indenfor området, koblet med materiale fra 24 kvalitative interview med ledere og medarbejdere fra syv udvalgte virksomheder. Det noteres i rapporten, at der er tale om mønstervirksomheder med et særlig udtalt ønske om at bidrage til medarbejderfastholdelse i forbindelse med arbejdsskade, hvilket kan være med til at påvirke eller måske forstærke konklusionerne (Holt & Nilson

2013, 9). Det konkluderes, at inddragelse af virksomheden øger sandsynligheden for at fastholde en skadelidt borger i beskæftigelse, og at faktorer såsom tidlig indsats, koordinering og tilpasning af arbejdet er vigtigt (Holt & Nilson 2013, 58-62).

### **3. Sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med fysiske lidelser**

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) har udarbejdet en hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde (TTA) for borgere med muskel- og skeletbesvær (NFA 2008). Rapporten bygger på både dansk og international forskning og inkluderer såvel review som enkeltstudier. NFA finder "tydelig evidens" for effekten af en tidlig indsats overfor sygemeldte med fysiske lidelser. Der lægges særlig vægt på tidligt samarbejde mellem den sygemeldte og dennes arbejdsgiver, hvor dette er muligt. Baseret på resultaterne af arbejdet med hvidbogen anbefales det desuden, at der gennemføres en tværfaglig og flerstrengt intervention, som indeholder både medicinsk behandling, kognitiv terapi og arbejdspladstilpasning (NFA 2008, 36).

### **4. Sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med psykiske lidelser**

NFA har udarbejdet en tilsvarende hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med psykiske lidelser (NFA 2010). I lighed med første publikation inkluderer hvidbogen hovedsageligt meta-analyser og randomiserede undersøgelser i perioden 1995 til 2010. Det konkluderes, at "tidlig opsporing og behandling" er afgørende for borgere med psykiske problemstillinger. På baggrund af litteraturstudiet anbefales det, at arbejdsgiveren inddrages i indsatsen, således at det både er de behandlingsmæssige og de arbejdsmæssige behov, som va-

retages (NFA 2010, 16). Dertil konkluderes, at en koordinatorfunktion i interventionen har positiv effekt for personer med depressioner (NFA 2010, 418).

### **5. Borgere med svær psykisk sygdom**

Christensen og Nordentoft (2011) har foretaget et review af forskningsresultater for sygemeldte borgere med svær psykisk sygdom. Gennemgangen er primært baseret på fem review og 17 RCT-studier. Definitionen af svær psykisk sygdom inkluderer personer med diagnoser som skizofreni, skizotypi, bipolare lidelser eller svær depression med psykotiske symptomer. Rapporten fokuserer særligt på to typer af indsatser for denne gruppe, som er kendetegnet ved tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller arbejdsgiver (såkaldt 'pre-vocational training' og 'individual placement and support - IPS'). Resultaterne peger på, at deltagelse på det ordinære arbejdsmarked (IPS) for svært psykisk syge borgere understøttes af ovennævnte tilbud, uden det medfører yderligere belastninger eller stress for deltagerne. Forfatterne påpeger, at der er stærk evidens for, at dette bør kombineres med og være en integreret del af psykiatrisk behandling, der understøtter forløbet.

### **Evalueringer af interventioner på sygedagpengeområdet**

I det følgende gennemgår vi fem enkeltstående effekt- og procesevalueringer af forskellige typer interventioner på sygedagpengeområdet, alle gennemført i Danmark i perioden 2006 til 2014.

### **6. Det store TTA-forsøg**

Forsøget er så vidt vides et af de største TTA-projekter (*Tilbage-til-Arbejde*), der nogensinde er gennemført (NFA 2012, 5). Det blev designet som et kontrolleret forsøg i perioden 2010 til 2012. Projektet tog udgangspunkt i

den eksisterende viden om sygemeldtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet og navnlig NFA's egne hvidbøger omtalt ovenfor (NFA 2008; NFA 2010). Evalueringen blev gennemført i 22 danske kommuner og omfattede i alt 13.000 sygemeldte borgere. Formålet var at afprøve, om det var muligt at etablere en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats indenfor eksisterende lovgivningsmæssige rammer. Målgruppen var sygemeldte borgere, der i kommunerne visiteres til kategori 2 (risiko for langvarigt sygeforløb).

Indsatsen i TTA-projektet var flerstrengt og bestod af flere indbyrdes afhængige og overlappende elementer: (1) tværfaglige TTA-enheder bestående af en koordinerende sagsbehandler, TTA-teams (psykologer og fysio-/ergoterapeuter) samt kliniske enheder (psykiatere og arbejds-/social-/almenmedicinere), (2) bestemte TTA-fremgangsmåder og redskaber ift. samtaler, samarbejde med arbejdspladsen, tidlig afklaring, ugentlige konferencer m.v. samt (3) TTA-uddannelse og anden understøttelse af implementeringen.

I 2012 gennemførte NFA en omfattende evaluering af projektet. Evalueringen omfattede 1) effektevaluering af projektets effekter på sygefraværslængde og selvforsørgelsesgrad, 2) en procesevaluering, som undersøgte projektets implementering samt 3) en økonomisk evaluering af indsatsens konsekvenser for både kommuner, det offentlige og samfundets økonomi (NFA 2012).

Procesevalueringen viste, at det kun lykkedes fem kommuner at implementere TTA-projektet på et meget højt niveau. Seks kommuner vurderes at have implementeret projektet på et lidt lavere niveau. For de resterende kommuner blev implementeringen vurderet som mindre god og i fem af disse kommuner som lav (NFA 2012, 15). Den store variation i kommunernes implementering af indsatsen gør det vanskeligt at vurdere effekten af projektet.

Effektevalueringen bestod af forskellige devalueringer. For det første et lodtrækningsforsøg (RCT-studie) foretaget i tre kommuner (2.000 sygemeldte i TTA-indsats), som blev sammenlignet med den sædvanlige sagsbehandling (1.100 sygemeldte). NFA finder her store kommunale forskelle i effekten. Den gennemsnitlige effekt i de tre kommuner er en reduktion på 2,2 ugers reduktion af varigheden af sygemeldinger. Denne effekt er imidlertid ikke statistisk signifikant, og det kan derfor ikke afvises, at indsatsen var uden effekt.

Derefter fortog evaluator en før- og efteranalyse af effekten, idet syv kommuner først igangsatte TTA-indsatsen i det andet projektår og derfor kunne sammenlignes med de kommuner, der igangsatte indsatsen i første projektår. Denne metode er behæftet med større usikkerhed end RCT-studiet, men viser tilsvarende en meget stor spredning i effekterne. Således har seks kommuner opnået en positiv effekt, mens fire kommuner har opnået en negativ effekt på sygefraværet. Den generelle effekt for de 22 kommuner, som har deltaget i projektet, tyder ifølge NFA på en *"meget svag positiv tendens"* (NFA 2012, 21), men resultatet kan ikke bruges til at forudsige effekter i andre kommuner, der ikke har været med i projektet (NFA 2012, 25).

NFA går derefter videre og beregner de generelle effekter i kommuner, som er lykkedes med en god implementering. I de fem kommuner med en god implementering opnås en positiv effekt på sygefraværslængden svarende til en reduktion med ca. 2,6 uger (NFA 2012, 21). Et resultat der efterfølgende fremhæves i Beskæftigelsesministeriet presmeddelelse som det generelle resultat fra TTA-forsøget, og som førte til kritik af beskæftigelsesministeren for at manipulere med projektets resultater.

## 7. Aktive – hurtigere tilbage

"Aktive – hurtigere tilbage" var et randomiseret kontrolleret forsøg, som blev gennemført i 2009 blandt sygedagpengemodtagere og fleksjobvisiterede i 16 jobcentre. Forsøget bestod af en kombination af intensive kontaktføløb, forebyggende tilbud og aktivering. De deltagende jobcentre valgte ret forskellige procedurer for gennemførelse af forsøget, hvilket vanskeliggjorde effektevaluering. Evalueringen viser, at deltagergruppen deltog i markant flere kontaktsamtaler, forebyggende tilbud og aktivering end kontrolgruppen, men at aktiveringen i overvejende grad ikke har været virksomhedsrettet. Deltagergruppen har som helhed ikke opnået en højere selvforsørgelsesgrad end kontrolgruppen de første 50 uger efter forsøgets start. Til gengæld er der en signifikant stigning i forekomsten af delvis raskmelding i deltagergruppen. Den økonomiske analyse viser således, at forsøget giver et underskud på ca. 1.635 kr. pr. person i deltagergruppen, før udgifterne til forebyggende tiltag og aktivering er inkluderet. Det vurderes dog, at der kan være positive langsigtede effekter af forsøget, som ikke har været mulige at undersøge på grund af den korte evalueringsperiode (Boll m.fl. 2010).

## 8. KVIS-projektet

Arbejdsmarkedsstyrelsen har gennemført forsøgsprogrammet KVIS – Koordineret Virksomhedsrettet Indsats for personer på Sygedagpenge i kategori 2. Projektet var et modelprojekt iværksat i 14 kommuner i perioden 2011 til 2013 og bestod af interventioner overfor knap 3000 sygemeldte borgere med et tidligt og tværfagligt fokus. DISCUS har lavet slutevaluering af projektet. Der er gennemført en effektevaluering, men uden kontrolgruppe, idet effekten er opgjort på jobcentrets samlede målgruppe af sygemeldte i kategori 2. Alligevel fremhæves det, at otte af de 14 projekter har haft

en signifikant positiv effekt på overgang fra sygedagpenge til ordinær beskæftigelse. Tre projekter har ikke haft signifikant effekt, og de resterende tre projekter har haft negativ signifikant effekt på beskæftigelse. Det kan således ikke konkluderes, at projektet har haft en signifikant positiv beskæftigelses-effekt. Alligevel fastholder DISCUS på baggrund af de positive resultater i otte forsøgs-kommuner, at forsøgsindsatsen generelt har virket i forhold til at bringe sygemeldte tilbage i beskæftigelse, at den tidlige indsats har virket, og at arbejdsgiverinddragelsen har virket (DISCUS 2014, 7).

## 9. Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse

Det såkaldte KIA-projekt blev evalueret af Arbejdsmiljøinstituttet i 2006. Baggrunden for projektet var at arbejde med forebyggelse af længerevarende sygefravær ud fra tværfaglig rehabilitering. Målgruppen for projektet bestod af borgere i fire kommuner, som var sygemeldte mellem fire og 12 uger fra arbejdspladsen med smerter i bevægeapparatet. Tværfagligheden involverede i dette projekt en læge, en kiropraktor, en fysioterapeut og en psykolog, som arbejdede sammen i rehabiliteringsteams. Der er foretaget effektevaluering med deltager- og kontrolgruppe, økonomisk evaluering samt et kvalitativt studie. Det konkluderes, at der findes store udfordringer i de sager, hvor en borger krydser flere forskellige special- og sektorområder, men at der er klare tegn på, at en koordineret og tværfaglig indsats er både omkostningseffektiv og skaber øget tilfredshed med det samlede forløb hos borgerne (Kilsgaard m.fl. 2006).

## 10. Rigsrevisionen

Til sidst skal nævnes *Rigsrevisionen*, der på eget initiativ har gennemført en procesevaluering af indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (Rigsrevisionen 2014). Rigsre-

visionen har bl.a. gennemgået sager i fem kommuner, som viser, at arbejdsgiverne i over halvdelen af sagerne afskedigede den sygemeldte under sygedagpengeforløbet. Undersøgelsen viser, at det for nogle kommuner er en udfordring at få etableret en tilstrækkelig tidlig indsats. Rigsrevisionen kritiserer også Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (tidligere Arbejdsmarkedsstyrelsen) for ikke i tilstrækkelig grad at følge op på resultaterne af sygedagpengeindsatsen. Endelig viser undersøgelsen implementeringsproblemer i forhold til jobcentrenes kontakt med arbejdsgiver og samarbejdet med lægerne.

I det følgende afsnit diskuterer vi resultaterne fra litteraturgennemgangen og holder disse op imod antagelserne fra vores programteori.

## Diskussion og konklusioner

Siden det i 2009 blev muligt for kommunerne at anvende aktive beskæftigelsestilbud til sygemeldte, er der årligt omkring 50.000 sygemeldte borgere i aktiveringstilbud på beskæftigelsesområdet. Af sygedagpengelovgivningen fremgår det klart, at aktive beskæftigelsesindsatser forventes at virke for sygedagpengemodtagere. Der er klare antagelser om, at beskæftigelsesindsatser skal forankres hos arbejdsgivere (for beskæftigede sygemeldte) eller være virksomhedsrettede (for ledige sygemeldte), at de skal iværksættes hurtigst muligt efter sygemeldingen (tidlige indsatser), og at indsatserne skal gå på tværs af beskæftigelsessystem, sundhedssystem og det sociale system (helhedsorientering og tværfaglighed).

Vi har i artiklen kortlagt og systematiseret de programantagelser, som er indlejret i sygedagpenge- og beskæftigelseslovgivningen. Programteorien er alene formuleret i forhold til sygedagpengemodtagere med risiko for langvarigt sygeforløb, som deltager

i beskæftigelsesrettede tilbud (såkaldt kategori 2). Programteorien bygger på tre centrale antagelser, som vi følgelig gennemgår sammen med resultaterne af litteraturgennemgangen.

(1) Beskæftigelsestilbud formodes at have en positiv beskæftigelseseffekt, når de anvendes som virksomhedsrettede aktiviteter, idet disse tilbud forbedrer deltageres arbejdsidentitet, arbejdsmarkedsnetværk samt kompetencer og kvalifikationer. For ansatte sygedagpengemodtagere består virksomhedsrettede aktiviteter i arbejdspladsbaserede interventioner, og for ledige sygedagpengemodtagere består de i virksomhedspraktik og privat løntilskud.

I litteraturgennemgangen har vi dog fundet, at der er begrænset og modstridende viden omkring effekten af *beskæftigelsesindsatser* generelt. Der er evidens for, at *virksomhedsrettede aktiviteter* er virksomme for sygedagpengemodtagere med muskel- og skeletbesvær og indikationer for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, også øger beskæftigelseschancerne for sygemeldte med mentale problemer. Et eksempel på sidstnævnte er brugen af *'individual placement and support'*, hvor svært psykisk syge kommer i ordinært arbejde og efterfølgende får støtte til at beholde jobbet. Dette har vist sig mere virksomt end aktive tilbud i beskyttede miljøer. *Delvise rask- og sygemeldinger*, som også er eksempel på arbejdspladsbaserede interventioner, ser ud til at virke positivt generelt, men der er ikke tilstrækkelig viden omkring, hvordan det virker for borgere med forskellige typer af helbredsproblemer. Der er resultater, som peger i retning af, at *fysisk rettede indsatser* i sundhedsvæsenet har en positiv effekt på beskæftigelse og tilbagevenden til arbejde, og at effekten forstærkes ved inddragelse af arbejdspladsen.

(2) Opfølgningssamtaler formodes at have en positiv beskæftigelseseffekt og med-

føre flere delvise raskmeldinger, når de gennemføres tidligt i sygefraværsløbet, idet de kan bidrage til arbejdsfastholdelse samt afklaring af deltageren.

Der er begrænset viden om effekten af opfølgningssamtaler. Resultaterne af evalueringer, hvor *samtaler* udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen, er modstridende. Litteraturen tyder derimod på, at *tidlige* indsatser har en positiv beskæftigelseeffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.

(3) Udredning af den sygemeldtes fysiske eller psykiske udfordringer formodes at virke, når udredningen bygger på helhedsorientering (tværfagligt samarbejde og koordination) – navnlig mellem sundhedsvæsen, beskæftigelsessystem og arbejdsgiver, idet den enkelte således lettere kan genvinde arbejdsevnen og bliver afklaret omkring tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Litteraturgennemgangen viser, at der er stærk evidens for, at *kontakt mellem aktører i sundhedsvæsenet og arbejdspladsen* har positiv effekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er ikke tilsvarende undersøgelser, der fokuserer specifikt på effekten af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og beskæftigelsessystemet.

Som det fremgår af artiklen, er der efterhånden gennemført ganske mange undersøgelser og evalueringer af sygedagpengeindsatsen. Der er også nogle overordnede resultater, som peger på positive effekter af tidlige og virksomhedsrettede aktiviteter, sådan som det antages i den eksisterende lovgivning. Særligt for sygemeldte med fy-

siske lidelser synes disse antagelser underbygget af forskningslitteraturen.

Vi mangler dog fortsat mere systematisk viden om, hvilke typer af beskæftigelsestilbud som virker bedst overfor forskellige typer af sygemeldte. Der mangler bedre viden omkring effekten af den tværfaglige indsats i kommunale rehabiliteringsteams og samspillet mellem beskæftigelsessystem og sundhedssystem. Det er eksempelvis fortsat usikkert, om beskæftigelsestilbud er virksomme overfor sygemeldte med svære psykiske lidelser, selvom erfaringerne med 'Individual Placement and Support – IPS' er positive. Vi mangler også mere kvalitativ viden omkring jobcentrenes og kommunernes evne til at implementere lovgivningens ambitiøse målsætninger omkring tværfaglighed, koordination og helhedsorientering. Disse aspekter er vigtige at få belyst, hvis vi skal komme nærmere en vurdering af, hvilken indsats som er meningsfuld overfor de sygemeldte.

For at komme nærmere en besvarelse af spørgsmålene om, hvordan, hvorfor og under hvilke omstændigheder sygedagpengeindsatser virker og for hvem, mener vi, at der er behov for forskning, som arbejder videre med at specificere og evaluere programteoriene, som er indlejret i sygedagpengeindsatsen. Dette kan skabe grundlaget for en egentlig evidensbaseret af indsatsen samt en dialog mellem de ansvarlige og udøverne af indsatsen om, hvad der virker i forhold til at hjælpe sygemeldte borgere tilbage til raskmelding.

## NOTER

1 Fremstillingen bygger på Claus Brøgger Jacobsen (2013): *Et halvhjertet helhedssyn?* Ph.d.-afhandling, Institut for Samfund og Globalisering, Roskilde Universitetscenter (s. 114-120).

2 I 2011 blev dette ændret til, at halvdelen af kommunens forsørgelsesudgifter til sygedagpengemodtagere refunderes, når de deltager i virksomhedspraktik, løntilskud, ordinære ud-



- dannelsesforløb eller er delvist raskmeldt. Når sygedagpengemodtageren ikke deltager, refunderes blot 30 % af forsørgelsesudgifterne.
- 3 Reformen pr. 1. januar 2015 ændrer visitationskategorierne og koncentrerer indsatsen om sygemeldte med længerevarende, men forudsigelige forløb (kategori 2).
  - 4 Reformen styrker pr. 1. juli 2014 den enkelte borgers mulighed for at afvise uønsket behandling uden at sygedagpengene bortfalder (aftaletekst 2013).
  - 5 Borgere kan visiteres til fleksjob, hvis de har varige og væsentlige begrænsninger i arbejdsevnen og ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Pilen fra fleksjob i figur 1 er stiplede for at illustrere, at fleksjob fra 2013 er midlertidige (jf. aktivloven § 70).

## REFERENCER

- Aktivloven – *Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (Nr. 415 af 26/04/2013): <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=164698>. Tilgået 21/11/2014.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2013): *Af rapportering fra det tværministerielle sygedagpengeudvalg*, København, Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Arbejdsmiljøinstituttet (2006): *Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse*, København, CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Arbejdsmiljøinstituttet.
- Astbury, Brad & Frans L. Leeuw (2010): Unpacking black boxes: mechanisms and theory building in evaluation, i *American Journal of Evaluation*, 31, 3, 363-381.
- Beskæftigelsesministeriet (2013): *Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge (Sygedagpenge-loven)*. (LBK nr. 871 af 28/06/2013), <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152326>.
- Bredgaard, Thomas m.fl. (2011): *Hvad virker i aktiveringsindsatsen?*, Aalborg, Beskæftigelsesregion Nordjylland.
- Boll, Joachim m.fl. (2010): *Evaluering – aktive hurtigere tilbage*, København, Arbejdsmarkedsstyrelsen og Rambøll.
- Christensen, Thomas & Merete Nordentoft (2011): *Review om effekter af beskæftigelsesrettede Indsats til Personer med Svær Psykisk Sygdom*, København, Beskæftigelsesministeriet.
- Dahler-Larsen, Peter (2013): *Evaluering af projekter – og andre ting, som ikke er ting*, Odense, Odense Universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, Peter og Hanne Kathrine Krostrup (2004): *Nye veje i evaluering*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Det Økonomiske Råd (2012): Kapitel 2: Arbejdsmarkedspolitik i høj- og lavkonjunktur, i *Dansk økonomi efterår 2012*, København, Det Økonomiske Råd.
- DISCUS (2014): *Slutevaluering – KVIS forsøgsprogrammet Koordineret Virksomhedsrettet Indsats for Sygedagpengemodtagere kategori 2*, København, DISCUS.
- Forligstekst (2013): *Forlig om en reform af sygedagpengesystemet – Økonomisk sikkerhed for sygemeldte samt en tidligere og bedre indsats*, dateret 18. december 2013 ([www.bm.dk](http://www.bm.dk)).
- Funnell, Sue C. & Patricia Rogers (2011): *Purposful program theory*, Jossey-Bass.
- Hansen, Morten Balle & Evert Vedung (2010): Theory-based stakeholder evaluation, i *American Journal of Evaluation*, 31, 3, 295-313.
- Holt, Helle & Klara Nilsson (2013): *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere – Virksomheders rolle og erfaringer*, København, SFI – det nationale forskningscenter for velfærd.
- Høgelund, Jan (2012): *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte – en Litteraturoversigt*, København, SFI – det nationale forskningscenter for velfærd.
- jobindsats.dk: <http://www.jobindsats.dk/sw173.asp>. Tilgået 3/2/2015.
- Kilsgaard, Jørgen m.fl. (2006): *Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet*, København, Arbejdsmiljøinstituttet (NFA).
- Koch-udvalget (2014): *Veje til job – en arbejdsmarkedsindsats med mening*. Ekspertgruppen

- om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats, februar 2014 (www.bm.dk).
- Larsen, Flemming, m.fl. (2001): *Kommunal aktivisering – mellem disciplinering og integration*, Aalborg, Aalborg Universitetsforlag.
- NFA (2008): *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær*, København, Arbejdsmiljøinstituttet (NFA).
- NFA (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*, København, Arbejdsmiljøinstituttet (NFA).
- NFA (2012): *Det store TTA-projekt. Proces-, effektiv- og økonomisk Evaluering*, København, Arbejdsmiljøinstituttet (NFA).
- Pawson, Ray & Nick Tilley (1997): *Realistic evaluation*, London, SAGE.
- Pawson, Ray (2006): *Evidence-based policy: A realist perspective*, London, SAGE.
- Pawson, Ray & Ana Manzano-Santaella (2012): A realist diagnostic workshop, i *Evaluation*, 18, 2, 176-191.
- Pawson, Ray (2013): *The science of evaluation – a realist manifesto*, London, SAGE.
- Rigsrevisionen (2014): *Beretning til Statsrevisorerne om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde*, København, Rigsrevisionen.
- Rosholm, Michael & Michael Svarer (2011): *Effekter af virksomhedsrettet aktivisering i den aktive arbejdsmarkedspolitik*, København, Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Torring, Jacob (2004): *Det stille sporskifte i velfærdsstaten*, Århus, Aarhus Universitetsforlag.

**Stella Mia Sieling-Monas**, cand.scient.soc., ph.d.-studerende, Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet København  
e-mail: stms@dps.aau.dk

**Thomas Bredgaard**, lektor, ph.d., Aalborg Universitet, Institut for Statskundskab, Forskningscenter for Evaluering (FCE) og Center for Arbejdsmarkedsforskning (CARMA)

# ***Opening the black box – employment rehabilitation interventions for sickness benefit recipients.***

*By: Stella Mia Sieling-Monas, Aalborg University  
Written for: Nordic Journal of Working Life Studies*

## **Abstract**

Active employment interventions are a key interest to policy makers, yet results are somewhat ambiguous with respect to explaining which interventions work, for whom they work and under what circumstances. This article examines the importance of underlying mechanisms in active return-to-work interventions for sick-listed clients in Denmark. Through a combined impact- and process evaluation, this article investigates impacts and then proceeds to open the interventions' 'black box' to better understanding how and why programs work for different clients. Through the formulation of a program theory for a combined physical and vocational intervention, impacts on subsequent employment rate compared to standard interventions were tested through multiple regressions. Additionally, 40 in-depth interviews with clients, caseworkers and physical therapists were used to explain how and why these impacts came about, by pinpointing the underlying mechanisms and determining how certain contextual factors influence results.

The article concludes that clients had a higher subsequent employment rate following the intervention. This is attributed to central underlying mechanisms of 'response', 'coping' and 'linking'. Client characteristics and employment history influenced the strength of these impacts, as did a number of contextual factors concerning case-worker and client relations, clients' personal situation and institutions and legislative regulations.

**Keywords:** Evaluation / Context / Labor market policy / Mechanism / Mixed-method / Sickness Benefits

## **Introduction**

Sickness absence and enabling sick-listed workers to re-enter the labor force is a key concern for many welfare states, to which Denmark is no exception. Studies have shown that compared to our Nordic neighbors the percentage of the work force on sick leave in Denmark is lower, but it is still considerable (Nordic Social Statistical Committee, 2015). Numbers from Statistics Denmark demonstrate how a total of 370.000 individuals received sickness benefits for one or more weeks during 2016.<sup>1</sup> With a total of 2.9 million citizens between the ages of 15-64, this amounts to just over 7.8 % of the eligible workforce. With regard to the financial, societal and personal consequences of prolonged absence from the labor market, the past decades have brought about a considerable interest in evidence about which active reemployment interventions work in terms of furthering a faster return to work (Sieling-Monas, 2015). It is generally acknowledged that an involuntary prolonged absence from work poses a considerable risk towards individual quality of life, clients' financial

situation, and an increased risk of early retirement (Amlani & Muni, 2014; Rehwald, Rosholm & Rouland, 2016).

Similar to a development in other European welfare states (Brodkin & Marston, 2013), labor market policies in Denmark have undergone a gradual transition, often referred to in the literature as a shift from 'welfare to workfare' (Larsen & Andersen, 2003; Torfing, 2004; Jacobi, 2013). This entails an increased focus on limiting benefits and rising demands for individuals to qualify for various unemployment benefits. Clients are increasingly required to participate in active return-to-work programs in exchange for the financial support. The active labor market policy has gradually extended to all areas of the Danish unemployment system, thus also including recipients of sickness benefits (Torfing, 2004). Consequently, the time period in which a client is eligible for sickness benefits has been significantly shortened, currently providing temporary financial support for a period of up to 26 weeks following the reform of 2014. Afterwards, individuals are eligible for the significantly lower cash benefit insofar as they are still unable to work due to illness. Current Danish legislations thus demand that municipalities initiate active, early, and interdisciplinary reemployment interventions which aim at enabling recipients of sickness benefits to (re)enter the labor market as quickly as possible (Beskæftigelsesministeriet, 2017). Sickness benefits are provided for ensured individuals only and are granted independently of the person's employment status at the time of illness (Beskæftigelsesministeriet, 2017). Simultaneously, demands for clients' active participation in rehabilitating return-to-work interventions have increased (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

As a part of the latest reform within the area from 2014, sick-listed individuals with expected durations of illness of more than 8 weeks<sup>ii</sup> must receive more extensive and intensive interventions than previously. It is the assumption that this particular target group will be most significantly impacted by active reemployment interventions and stands an advantageous chance of returning to work given the right interventions. Rehabilitating interventions for this group can include amongst other things; on-the-job training, mental health treatment, work subsidies, gradual return-to-work, internships, job-seeking assistance, physical therapy, and exercise and health education. Public expenditures on return-to-work efforts for clients in this group have amounted to an annual total of roughly 1.2 million euros in 2016 (KMD, 2017). Inevitably, this calls for a political and professional aspiration to learn more about the effectiveness of these programs and to establish knowledge about what works in rehabilitating return-to-work programs for different individuals within the target group.

The central aim of this article is to determine possible impacts of a specific selected case intervention developed for sickness benefit recipients, and to further explain what mechanisms are essential in bringing about changes, and what circumstances are pertinent to intervention impacts. This is done by selecting a case intervention of work-oriented rehabilitation based on physical therapy, followed by the development of a program theory crystallizing the underlying assumptions about how activities, mechanisms and outcomes are related within this particular intervention. The program theory is then tested empirically,

first by a multiple regression comparing impacts between different interventions, and secondly a qualitative assessment of central mechanisms and influential contextual factors that can help explain these impacts more fully. To understand the field of research to which this study relates, we turn to the literature and discover somewhat ambiguous results when it comes to answering the central questions of concerning *which intervention works for clients on sickness benefits, why do they work, and under what circumstances?*

## **Literature review**

This section aims to shed light on the current knowledge base and dominant assumptions concerning what works for clients on sickness benefits to ensure a better understanding of the research within the field of active re-employment interventions for this target group. A literature review from 2014 aimed to identify central political assumptions about what works in active reemployment policies for sickness benefit recipients in Denmark, and shed light on the existing evidence base within the field of research and evaluation (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). The study identified three key assumptions that are consistently emphasized throughout policy documents. These assumptions prescribe that return-to-work interventions for sick-listed clients must be initiated as early as possible, be coordinated across relevant professionals, and must be centered at a workplace in the form of for instance vocational job-training, internship, or graded return-to-work. The local municipalities are largely responsible for sick-listed clients' return-to-work process, and are given financial incentives via reimbursements to adhere to overall assumptions (Rehwald, Rosholm & Rouland, 2016). If clients fail to participate in the intervention, economic sanctions may apply (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

Turning our attention towards the research on these overall policy assumptions, however, we note a few ambiguities within the collective evidence-base. Despite several qualified attempts, the rather extensive amount of research conducted within this field both in Denmark and internationally has offered diverse and not always compatible results (Høgelund, 2012; NFA, 2012; Rehwald, Rosholm & Rouland, 2016). In summation, different studies suggest different or sometimes even adverse impacts of interventions, the timing and coordination of interventions, and the intensity of activities. Looking towards previous research in Denmark, we find a number of analyses carried out in several experimental interventions (Boll et al., 2010; DISCUS, 2014; NFA, 2012) investigating the impacts of early interventions, cross-disciplinary coordination and company-based interventions, but results are ambiguous when it comes to determining which programs actually work for different groups of benefit recipients, and what circumstances are paramount to shortening the time of illness or increasing the return-to-work-rate (Høgelund, 2012; Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). We do see results that point towards improved impact on the return-to-work-rate when interventions are coordinated between sectors, and directed towards a workplace (Bredgaard & Sieling-Monas, 2015). We also see some indications of impacts from early interventions coordinated between relevant sectors (NFA, 2008). However, results rarely offer knowledge about which interventions work for different groups of clients within this broad heterogeneous category of sick-listed individuals, and rarely offers insight into how and why certain activities lead to measured results, or what contextual factors were key in

achieving relevant results. We see indications within several studies of implementation difficulties of interventions in the local municipalities (Boll, et al., 2010; NFA, 2012; DISCUS, 2014), but otherwise we are left with little knowledge about how the interventions are actually implemented in job center practices.

Taking a closer look at the knowledge about specific activities within interventions for sick-listed clients, we find that many interventions center around physical activity and vocational training. In 2016, a total of 32.000 vocational internships for sick-listed clients were initiated together with a total of 48.000 interventions registered under 'qualifying and upgrading'. This includes, amongst other interventions, physical therapy and health education.<sup>iii</sup> Previous research does point towards some overall tendencies within the research of these activities and their impact on clients. For instance, Andersen et al. (2015) conduct a randomized controlled trial on 141 participants and concludes that tailored physical activity is a promising intervention to facilitate return to work and reduce pain among sick-listed citizens in a Danish municipality, with illnesses related to musculoskeletal problems. In a meta-study, Høgelund (2012) finds a positive impact of interventions that include vocational training for people with skeletal problems and also suggest an impact on the return-to-work rate for clients with mental illnesses when the workplace is actively included in the return-to-work intervention. Results further indicate that the impact of physical activity improves when the workplace is included (Høgelund, 2012). A metastudy from 2014 finds that physical activity is "*proven to have a positive impact on physical health and mental well-being. Physical activity is also known to influence work-related outcomes such as reducing sickness absence*" (Amlani & Muni, 2014). Summarizing this, we do see some results supporting a positive impact of both physical exercise and a vocational orientation towards a workplace (DISCUS, 2014; Amlani & Muni, 2014; Bredgaard & Sieling-Monas, 2015).

The results listed so far motivate a further study of the combination of physical activity and a focus on the return-to-work. This includes not only impacts of interventions but also on an explanation of processes and results. This article advocates a focus centered on making the activities of an intervention more explicit, and emphasizes the importance of the *underlying mechanisms* within the interventions and the *contextual factors* that influence the activation of said mechanisms. These mechanisms presumably connect input (activities) to outcomes (results) and the context refers to the circumstances in which an intervention is implemented, believed to influence the activation of central mechanisms (Dahler-Larsen, 2013). An understanding of these concepts grants an opportunity to open up the so-called *black box* of selected interventions (Pawson & Tilley, 1997; Funnel & Roger, 2011, Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016) and help investigate both impacts and processes of a chosen intervention. We still lack a systematic understanding of how and why programs work, for whom and under what circumstances when it comes to rehabilitating return-to-work-interventions for clients on sickness benefits. The persisting ambivalence can be attributed to a number of issues. The approaches by which we study the impacts of these complex interventions often give priority to experimental methods and the idea of causation as consequential manipulation, stemming from a positivist empiricist tradition (Goldthorpe, 2001), preventing us from an understanding of the specific social context, human agency

and variables that hold causation but are not easily manipulated. Secondly, the use of large sets of general register- or survey data often applied does not adequately allow for an understanding of the specific activities and contents of the active rehabilitating programs, leaving us with only little knowledge about what is actually being done within an intervention and how and why this is expected to work.

This article examines whether a combined intervention of physical training and work-orientation works in terms of impacts on subsequent employment for different groups of sick-listed clients on sickness benefits. It further investigates how and why these impacts came about and what contextual circumstances were central to this process. By carefully selecting a specific program of intervention as a case and then applying an evaluation design inspired by *realistic evaluation* (Pawson & Tilley 1997, Dahler-Larsen, 2013), the article aims to overcome some of the limitations within the existing knowledge base. The goal is to establish whether an impact of the intervention can be measured for the selected target group, then subsequently address the central activities within the program, the specific mechanisms of the program expected to have led to the outcomes, and finally close in on possible explanations of the estimated program effects and their contextual causes.

The following section explains the selection of a particular intervention chosen to serve as a case in the present study. Then it is explained how a program theory was formed to help structure the evaluation and make central assumptions within the program explicit and eligible for empirical testing. This program theory concerns the primary assumptions about the target group, activities, mechanisms and results expected to be at play within the particular intervention (Pawson, 2013). It is developed by the evaluator in collaboration with frontline workers from a private provider of return-to-work interventions through a combination of workshops, interviews and an analysis of written documents concerning the intervention content.

## **Presenting the case intervention**

Since the reform of 2009, Danish legislation on the area of sickness benefits has offered increased prospects for municipal job centers to outsource interventions to private providers (Beskæftigelsesministeriet, 2017).

The intervention chosen for this study is developed and carried out by such a private provider<sup>iv</sup> currently cooperating with 55 municipal job centers in Denmark. The organization offers a range of different programs centered on different rehabilitating activities, including vocational training, different forms of physical and psychological therapy, coaching, and physical training. The selected intervention, subsequently referred to as Physical Training and Work-oriented Rehabilitation Intervention (PTWR), sets apart from other interventions by insisting on the combination of physical training and a work-centered approach. The intervention targets a specific group of sickness benefit recipients in Denmark, absent from work due to illness for a period of more than 8 weeks. The target group consists of sick-listed clients who are adjudicated by their municipal case worker to benefit from active programs

aiming at a faster return-to-work-rate. Clients are between 18 and 64 years of age, suffer from a range of different physical and psychological conditions and have a varied background in terms of education and previous employment. It is assessed in the later analysis, how the group compares to the collective population of sickness benefit recipients.

PTWR is staffed by educated physical therapists and entails a number of activities altered to fit the needs of each particular client. Thus, the intervention aims at a tailored program for each client. Common activities include a startup meeting between the client and the physical therapist, an individual plan for physical exercise, the formulation of end goals in relation to physical activity and reemployment, continuous adjustments, feedback to the job center caseworker, and a number of weekly physical training sessions. The program thus aims at a continuous transfer between the physical training and the goals achieved in the intervention and their relevance to client future work life. Activities are initiated as early as possible after the visitation from the municipal job center, preferably within a few days. As such, the program aims to achieve an early intervention in the individual case. Collectively, these presented aims can be boiled down to an intervention which aims at an early, coordinated, individually planned work-centered approach centered on physical activity for clients on sickness benefits for a period longer than 8 weeks and shorter than 26 weeks<sup>v</sup>. The intervention lasts for a duration of 6-10 weeks, depending on the negotiated contract between the private service provider and the local municipal job center.

The main goal of PTWR is to develop and clarify clients' physical abilities and levels of functioning in relation to particular job tasks and with a centered focus on rebuilding work-capacity. What sets this intervention apart from other physical training interventions is the focus not only on the training itself but on combining that with a continuous emphasis on solving return-to-work barriers and help clients reach work oriented and work relevant goals.

Clients are guided through motivational talks with the physical therapists that help clarify demands, provide advice on job seeking strategies, opportunities of part-time return to work and physical aids at the workplace. The frontline staff in PTWR focuses on providing clear communication and coordination between themselves and the municipal case worker, clients' general practitioner and other professionals involved in the case. In summary, the program consists of both occupational therapy and vocationally oriented rehabilitation. The combination of all aspects within the intervention aims at achieving a clarification of the client's ability to work and to redeem physical and mental health issues via physical exercise and a work-oriented approach. Furthermore, the interventions seek to enhance clients' general wellbeing, sense of accomplishment, empowerment and ability to cope with the current situation.

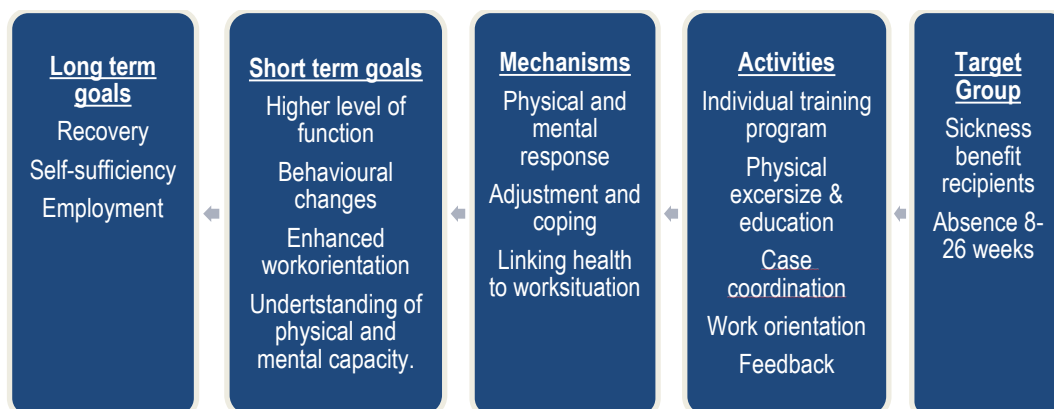


## Construction of program theory

This above description of PTWR, its central activities and its primary and secondary outcome objectives are collectively formulated into a so-called program theory. A program theory consists of a set of explicit assumptions about how central activities within a program are expected to lead to the desired outcome. The program theory crystallizes expected short- and long-term results of the activities within the interventions, and then sets out to pinpoint the mechanisms assumed to connect the activities (input) to the desired results (outcomes) (Pawson, 1997, Funnell & Rogers, 2011, Dahler-Larsen, 2013, Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016).

The following model is a visualization of the constructed program theory of PTWI, illustrated as a *logic model*, inspired by the work of Funnell & Rogers (2011). A program theory necessarily represents a reduction of the complexity within an intervention with a number of different aims and activities. The illustration nonetheless provides an overview and very importantly offers a structure for the further empirical testing of the assumptions and thus an opportunity to use empirical results to further refine the theory. The purpose of a program theory is to direct the evaluation by crystallizing what is being done, why it is being done and what results are expected. A main function of the program theory is that this crystallization allows for a subsequent empirical testing of the assumptions behind a program (Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016). In this project an initial program theory was proposed by the evaluator based on a thorough inspection of intervention documents and descriptions of the program by the providing agent. The theory was then further refined through a number of workshops in which the primary professionals working with the intervention participated. These professionals are primarily social workers and physiotherapists. To be considered legitimate a program theory must be recognized as an adequate presentation of program content by the central actors involved in the intervention (Dahler-Larsen, 2013). Each step in the program theory is explained below.

Figure 1.1 Program theory of Physical Training and Work-oriented Rehabilitation Intervention (PTWR)



As illustrated, PTWI is built on assumptions about the connections between program activities for the target group and the short-term and long-term results of these activities. The

program theory of the intervention expects that individually planned training programs and physical exercise, along with a coordination of the clients' case, and a continuous focus on integrating physical results, training into work related abilities and thorough feedback to both client and municipal caseworker, will lead clients to improving their level of functioning and wellbeing, to behavioral changes in terms of health and exercise, enhance their orientation towards work and help them gain a better understanding of their mental and physical capacities. These short-term goals are expected to lead to long-term goals of self-sufficiency and recovery and a re-entry into the labor market.

What connects the central activities in a program to the intended outcomes is at the center of the program theory and labelled *mechanisms*. The mechanisms in this particular program theory are determined by the frontline professionals working within the program. Mechanisms are a key element in the evaluation of the intervention and are used in the literature of realistic evaluation in adjunction with adjectives such as 'underlying', 'causal' and 'generative' (Lacouture et al., 2015) connoting that these are the often hidden factors underneath a program of certain activities (A) that lead the latter towards results (B). When central actors behind the structure and content of the PTWI, were asked to elaborate on central mechanisms defined through program statements and documents, three main mechanisms were emphasized as vital to making the PTWI achieve results. These were defined as mechanisms of 'response', 'coping', and 'linking'. Each of these terms are elaborated further in the following section.

*Response* refers to the physical and mental responses to physical activities in the form of for instance muscular stability and the release of endorphins (Moore 1982; Vries 1981; Anderson & Shivakumar 2013). *Coping* refers to an ability to handle limitations due to a particular condition or cope with pain or other related discomforts based on physical or mental health problems. *Linking* refers to the ability to link physical exercise directly to tasks of relevance to employment, such as the ability to lift heavy items and the boost of energy ensured by physical activity, which can be linked directly to the ability to complete a number of work related tasks.

Central to program theoretical evaluations inspired by the realistic evaluation tradition is the emphasis on the importance of context (Linsley, Howard & Owen, 2015). The term *context* is closely intertwined with the concept of *mechanisms*, in that it is understood that it is the combination of contexts and mechanisms, which leads to outcomes (Pawson & Tilley, 1997). Contextual factors are understood as the conditions that either trigger or prevent mechanisms from leading to the desired results. Contexts as such become defining for an intervention, seeing as an intervention might possibly work in one context which triggers the central mechanisms, but fail in achieving results in another, hindering, context. The context, so to speak, becomes a variable (or several) which directs the relationship between the other variables of input activities and outcome (Dahler-Larsen, 2013). Thus, the contextual factors of the PTWI are analyzed and discussed in this article as a key to understanding the circumstances under which the intervention can be expected to succeed or fail. This entire crystallization of program assumptions serves the purpose of guiding the subsequent

analysis, where empirical methods are applied to test these assumptions by different sources of data (Pawson, 1997). This is done by applying the methods considered most adequate to test each particular point of the program theory and as opposed to determining methods prior to the evaluation (Dahler-Larsen, 2013). The overall aim of this approach is to not only pinpoint impact results of the intervention, but also to explain why and how these impacts came about.

The article took two different methodological measures in order to test two different aspects of the program theory. First, quantitative methods consisting of a multiple regression analysis conducted on combined survey and register were applied in order to determine program impacts on subsequent sick leave and employment rate. This will answer questions about program impacts on clients' subsequent return-to-work-rate and weeks on sickness benefits. Impacts were estimated by comparing PTWI to another group who had undergone treatment as usual (TAU). The aim was to pin point possible differences in impact between a program centered on combining physical training with a work-oriented focus in an early and flexibly coordinated approach to the clients' case compared to the average treatment normally provided by municipal job centers. This treatment as usual consisted of a number of different activities, including vocational internships, subsidized work, physical education, coaching and part-time-return-to-work. As such, the analysis analyzed the differences in outcome between two interventions rather than the impact of the case intervention and a non-treated control group. Program long-term impacts were operationalized from the program theory in terms of weeks in paid employment following the intervention and in terms of the subsequent number of weeks on sickness benefits following intervention.

Secondly, qualitative interview data consisting of interviews and focus groups with clients, job center case workers, and physical therapists of the PTWI<sup>vi</sup> was applied in order to test which central mechanisms and contexts characteristics can then help understand and explain how the quantitative impacts were generated. This will answer questions concerning why the particular impacts arise and how they can be understood. The qualitative interview data was transcribed and the analysis focused on identifying central mechanisms and contextual factors at play in the relationship between program activities and results in the interview statements put forward by the clients who participated in the PTWI and the frontline professionals experience with clients in the program.

Collectively, the combination of methodological approaches and the strategy of analysis is aimed at achieving insight into the questions of whether the PTWI works, explaining how and why it works and under what circumstances. The first step in the following analysis is concerned with the impacts of the intervention. The statistical methods and data applied in this analysis are accounted for in the following section. Afterwards, in a separate section of the article, the mechanisms and determining contextual factors, leading to these results are analyzed through qualitative interviews.

## **Statistical analysis of impacts**

The analysis of PTWI impacts is based on a set of quantitative data from two different sources. First, a dataset of register data from the DREAM-database<sup>vii</sup>, connected to additional background variables, medical information, and information about income collected by Statistics Denmark was collected. The DREAM-dataset was obtained for all sickness benefit clients on a national level during the time period of 2004-2014. The dataset thus offered an extensive amount of information on employment, sickness, background, and medical history on every individual within the target population. Contrary to this, however, national register data only contains limited details about the specific content of different interventions for different client groups and does not allow for investigation of particular activities. Added to this dataset was a set of locally collected survey data from the private provider of PTWI. This dataset included exclusive and detailed information on the clients that have participated in PTWI in the years 2009-2014. This data offered information specifying activities within programs, duration and intensity of programs, and clients' state prior to and after intervention<sup>viii</sup>. The combined dataset offers both broad insight into a large group of individual clients over an extended duration of time, and the ability to pinpoint the group of clients who participated in the PTWI and their particular circumstances before and after the intervention. In the following section the statistical methods applied in the study dataset are accounted for.

The time period of 2010-2011 was chosen as the particular point of analysis under the consideration that no larger reforms or regulations were implemented during this time, which could influence or bias results. The impact analysis was restricted to look exclusively at clients who had participated in the PTWI during the first quarter of 2010 and to measure impacts in terms of subsequent employment rate during all months of 2010. The number of participants in active interventions during this quarter amounted to 13.901 individuals.

The main goal of the interventions is to increase clients' return to work rate. This outcome was operationalized to a variable in the dataset that carried information about individuals' participation in paid labor. The analysis were thus dealing with a singular dependent variable. On the explanatory account, we turned towards the program theory and found that the single most important predictor of the outcome of the program was believed to be the type of intervention that a client had participated in. Hence, this was determined as the primary explanatory variable. Based on the program theory the analysis also identified characteristics concerning the target group assumed to influence impacts of the program. Possible factors include the type of illness in question, individuals' work situation, and their history of employment and previous sick leaves. We operationalized these variables on individuals' history of income, previous receipt of benefits, and previous use of health services and medication. We were thus left with a range of control variables to include in the analysis of impact, in order to account for the possible differences that they might entail. Combined with the single dependent variable of employment a multiple regression model was chosen for the subsequent analyses (Field, 2013). Other statistical approaches were considered such as for instance propensity score matching. However, it is argued in part of the existing literature on statistical analysis of impacts, that regression can be viewed as a matching

estimator in and of itself rather than as a methodological competitor to for instance different matching techniques themselves. Angrist & Pischke (2009:70) argue that the choice of regression can be motivated as a particular sort of weighted matching estimator, and that the differences between regression and matching estimates therefore are not likely of major empirical importance. Regression, like matching, is a way of ensuring balance in a comparison.

Next, the combined dataset was prepared for analysis through a number of steps. First, an initial recoding of original variables to fit the operationalization of independent and explanatory variables was carried out. Secondly, a grouping of individuals according to the intervention in which they had participated, during the time period previously defined. Three intervention groups and their respective number of participants are listed below:

Table 1.1: Division of clients into intervention groups

Intervention type	Participants (n)
PTWI (Physical Training and Work-oriented Rehabilitation Intervention)	532
VOCT (Vocational training interventions by public or private providers)	1061
TAU (Treatment as usual)	2621

PTWI is the intervention of primary interest in the study, consisting of physical training and work-directed activities in accordance with the previously demonstrated program theory. TAU is the collective *treatment as usual* for the group of clients receiving sickness benefits for a duration of 8-26 weeks. It consists of a wide range of different activities not further accounted for. Clients are included in this group if they have participated in any return-to-work intervention during the chosen time period besides PTWI and the last group of VOCT. VOCT consists of different forms of vocational training. The group holds interventions by both private and public agents where clients are placed in internships with either their current employer or with another company. Additionally, a client group consisting of those participating in *other activities* was created, to hold those participants that participated in any other activity than the three previously mentioned, about whom the data did not offer sufficient information. This group is not considered comparable to the others and will thus not be a target for further comparison in the analysis.

Prior to conducting the regression analysis and estimating the best model of fit, a test for equal distribution of variance was conducted in order to assess comparability between groups. This was done by applying Levene's Test for equality of variance and a subsequent independent sample t-test estimating the probability that any difference observed in the means between two groups could have been obtained by random sampling (Field, 2012).<sup>1</sup> The testing reveals that intervention groups are significantly comparable when it comes to the number of weeks spent receiving sickness benefits the year prior to analysis, and

---

<sup>1</sup> Please refer to appendix 1 for the full table and Levene's tests for equality of variance.

characteristics such as age, educational level and previous use of health care services such as doctor visits and prescription drugs. These variables are relevant in terms of assessing the comparability between groups and strengthen the plausibility that differences between the outcomes of the dependent variable in the regression model should not only be solely attributed to differences between intervention groups. However, PTWI does differ from TAU on one important point. The mean value for TAU on weeks in employment a year prior to intervention is 3.5 weeks lower than the mean value for PTWI. This means that the group, on average, spent 3.5 weeks less in employment. This will necessarily be accounted for in the subsequent interpretation of results as it might indicate a difference in the two groups distance to ordinary employment.

## **Results**

With a direct reference to the established program theory for the intervention It is hypothesized prior to the analysis that participation in PTWI will have a positive impact on clients' return to work rate compared to other interventions and that this impact can be measured through subsequent weeks of employment in the year following the intervention. By applying the multiple regression this hypothesis is tested and a model of best fit is estimated in order to assess the connection between the independent and explanatory variables.

The following table represents the results of the first regression analysis of the relationship between intervention and subsequent employment rate. The model first displays the control variables; Age is defined in groups of 10 year intervals, citizenship is defined as either 'Danish', 'European', or 'other'. Educational level is grouped and ranked from 'elementary' to 'academic'. Healthcare 2009 is an indicator of the accumulated use of health care services the year before intervention and variable labelled employment 2009 expresses the weeks of paid employment during the particular year.

Table 1.2: Regression results (n = 13901)

Regression on relationship between intervention and weeks of employment				
Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	Sig.
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	-,501	,875		,567
Agegroup	-1,298	,237	-,042	,000*
Citizenship	-,646	,352	-,014	,066
Education	,416	,086	,038	,000*
Healthcare 2009	-,023	,004	-,042	,000*
Sickness benefits 2009	,088	,012	,064	,000*
Employment 2009	,525	,008	,604	,000*
PTWI	8,667	,796	,088	,000*
VOCT	3,010	,588	,044	,000*
a. Dependent Variable: Weeks of employment 2010 b. Reference group: Treatment as usual (TAU) c. Significance: $P \leq 0.05$ (Significant values are marked *)				

The above coefficients express a significant relationship between the type of intervention a client participates in and their subsequent employment rate in terms of weeks within employment during the remaining year of the intervention. The unstandardized coefficients shown how participation in PTWI is connected to an average 8.7 weeks of additional employment, compared to the reference group TAU. We further see that participation in VOCT is connected to 3.0 more weeks of employment in relations to the same reference. The group *others* is not included in this interpretation of the table. The  $R^2$  value for this model equals 0,212 and expresses the explanation value of the regression in terms of how much of the variance in the outcome variable can be explained by the independent variable.

The regression coefficients reveal, furthermore, that these relationships between the independent and the dependent variables are influenced by several factors concerning the individual client. This tells us something about the characteristics of clients and their influence on intervention outcomes. The analysis suggests that the impact of the interventions is influenced by participants' age group and educational level. The higher the age group a participant belongs to, the less employment subsequent to intervention (minus 1.3 week per 10 years of age). The higher a client's educational level, the higher the subsequent number of weeks of employment (+0.4 weeks per educational group by years of education). Citizenship does not significantly influence impacts. We further read that clients' history in terms of previous employment in the year before intervention increases the impact of

intervention by +0.5 weeks. Surprisingly, previous weeks on sickness benefits the year prior to intervention also have a positive impact, however, numbers are remarkably low (+0.09 weeks). Finally, we see that the accumulated use of health services the year prior to intervention accounts for +0.5 weeks of employment impact of interventions. The results support our hypothesis that participation in PTWI will lead to positive impacts in terms of clients' return to work. It further suggests positive impacts of clients participating in general vocational training interventions (VOCT).

Thus far, the results indicate positive return to work impacts of clients' participation in the PTWI intervention. The analysis assesses the robustness of these preliminary results by changing the dependent variable of the regression model to another measure of clients' condition subsequent to the intervention. We apply a measure of the number of weeks post-intervention where clients receive sickness benefits. This dependent variable is another operationalization of the long-term results of the program theory. The intervention groups are identical to those in the previous model, the same control variables are included, and TAU is still working as a reference group for the regression.

**Table 1.3: Regression results** (n = 13901)

Regression on relationship between intervention and weeks on sickness benefits				
Variable	Unstandard. Coefficients		Standard. Coefficients	Sig.
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	16,319	,382		,000*
Agegroup	,374	,099	,018	,000*
Citizenship	,061	,146	,002	,677
Education	-,188	,036	-,025	,000*
Healthcare 2009	,014	,002	,034	,000*
Sickness benefits 2009	,298	,005	,326	,000*
Employment 2009	,005	,003	,009	,102
PTWI	-15,949	,299	-,303	,000*
VOCT	-8,787	,276	-,186	,000*
a. Dependent Variable: Weeks on sickness benefits 2010 b. Reference group: Treatment as usual (TAU) c. Significance: $P \leq 0.05$ (Significant values are marked *)				

We interpret the coefficients and the relationship between the independent and the dependent variable. We see from the unstandardized coefficients that participation in PTWI



is related to 15.9 week less on sickness benefits during 2010. Participation in VOCT also displays a decrease in weeks on sick-leave in the year of intervention, of 8.7. The R<sup>2</sup> value for this model equals 0,512.

Again we see a difference in results with reference to a number of client characteristics in which a prior history of sickness and use of health care services are primary and each heighten the number of weeks of receiving sickness benefits after intervention significantly. Higher age levels demonstrate the same tendencies whereas a higher educational level is connected to the opposite trend; a lower number of weeks on sickness benefits.

So far, the analysis has demonstrated a relationship between the form of intervention a client participates in and the following impacts on client's employment and sick leave. The results point towards positive results for clients in PTWI and VOCT interventions, conditioned by a number of individual client characteristics. Even when taking into account the initially demonstrated difference between the groups of PTWI and TAU in terms of employment history the differences post intervention are considerable.

The next section seeks to explain the cause of these relationships, by returning to the formulated program theory, about the assumptions of the underlying mechanisms of the interventions. The aim is to empirically test the assumptions about the causes of the demonstrated impacts through qualitative assessments of central actors' experiences and knowledge about the target group, the interventions, and the results.

### **Discussing results and unpacking mechanisms**

After having carried out the statistical analysis and established a relationship between the participation in different interventions and the subsequent employment rate and receipt of sickness benefits, we turn our attention towards explaining these results by means of testing the program theory further. If in fact the PTWI is the cause of clients achieving positive results in relation to their chances of returning to work, we want to pinpoint the central mechanisms within the program that connects the central activities of physical training and a work-related focus to the preferable outcomes for the target group. By assessing this so called *black box* question of the evaluation, we might not only be able to establish a relationship between certain activities and their results, but also explain how and why these results came about (Pawson & Tilley, 1997; Dahler-Larsen, 2013; Bredgaard, Salado-Rasmussen & Sieling-Monas, 2016).

The article therefore turns towards an explanatory qualitative data source. As part of the present study a total of 34 in depth interviews were conducted in three selected Danish municipalities offering PTWI for sick-listed clients. Case municipalities were chosen based on a number of demographic factors and their collaboration with the private provider of the PTWI. Respondents included a number of frontline professionals in terms of municipal case workers and physical therapists, along with sick-listed clients who had participated in the case intervention of PTWI.

Interviews were carried out during the winter of 2015 and 2016 over a total duration of five months. By applying a semi-structured approach, the main focus of the interviews were to elaborate on program activities, program assumptions and experiences amongst professionals and sick-listed clients, concerning how and why the PTWI worked and under what particular circumstances. Participants were asked to consider and discuss the notion of *mechanisms*, in terms of investigating whether they would recognize these to be of importance to program impacts on different client groups based on their experience as professionals or as participants. Interviewees amongst the staff were asked to consider different impacts for different clients and to explain their knowledge concerning important individual and contextual factors that influence clients' ability to benefit from the program. Clients were likewise asked to consider these questions based on their own experiences. Interviews were recorded and transcripts were coded using Nvivo10 computer software for structuring the data (Mason, 2002). Interviews were transcribed and thoroughly inspected in order to pinpoint statements and professional opinions considering central mechanisms and contextual circumstances.

We previously learned from the program theory established by central actors behind the program as well as official program documents that central mechanisms to the PTWI could essentially be boiled down to three factors. These mechanisms were summarized by the evaluator as 'response', 'coping', and 'linking'. Response refers to the physical and mental responses to physical activities in the form of, for instance muscular stability and the release of endorphins (Moore 1982; Vries 1981). Coping refers to an ability to handle limitations due to a particular condition or cope with pain or other related discomforts based on physical or mental health problems. Linking refers to the ability to link physical exercise directly to tasks of relevance to employment. When central actors (clients and frontline professionals) of the PTWI were asked to consider causes of impacts in particular interventions, the aim was to either strengthen or refute the program's theoretical assumptions, thus leading us towards a refined understanding of how and why a program works and under what circumstances.

In order to avoid a confirmation bias a different group of professionals than those determining the program theory had been selected for interviewing. Client interviews were also central in the assessment of the 'response' mechanism, in trying to establish whether or not participation in PTWI was in fact connected to the experience of physical and mental responses of exercise through individual training programs planned by a physical therapist. As an example of this, a client reports the following experience during an interview, when asked why she reported a positive outcome due to her participation:

*'They [the physical therapists] see me and know that things are going really well. But they also know when I'm slipping because I do too much. It's true, because all these physical issues I had which caused me so much pain before, I think it was all of the stress hormones or something. And because I can get a relief there (in PTWI), it gets me up in the morning. Because I know it's helpful for the stress level to get here and do it [the exercise]. My family really needs that [her getting up] and I feel better because it keeps me going. I don't just sit there. And I have less pain in the back part [lower back] because I get up'. (Client B, Helsingør)*

The client is a 54 year old woman working as a day care provider. She reports how her participation in PTWI has led to a positive response to the physical exercise through a physical removal of discomfort (mechanism), which she attributed to her mental well-being and the level of stress being reduced (mechanism) due to the program. This is connected to the short-term goals of a reaching better understanding of physical and mental capacity in clients and a behavioral change in terms of health and exercise, which is further connected in the intervention program theory to the longer-term result of recovery and thus a faster return to work. The experiences of this client, backed by statements amongst other clients in the PTWI, seems to offer a strengthening of the assumption that regular physical training as a part of the PTWI does in fact help clients achieve better physical and mental conditions.

The cited interview points to other relevant notions related to the context of the PTWI, as well. The client reports the experience of *being seen* by her physical therapists and them knowing when things are going well or otherwise. She later attributes this to the frontline staff having the time to do follow-ups and consult her medical history as provided by her doctor. These notions points us towards an understanding of the importance of the context surrounding the intervention. In this client's perspective the changes come about from physical training but the experience is strengthened by means of the relationship to her physical trainer. The contextual circumstances surrounding PTWI is collectively addressed further at the end of this section.

Secondly, the interviews addressed the notion of activities leading to results via the mechanism of 'coping'. This entails the assumption that clients are enabled to better handle mental and physical limitations caused by their illness through the PTWI as a response to the mental coaching and physical education that they receive and as a result of the better understanding of their capacity and limitations, which they are expected to gain. This is assessed during an interview with a physical therapist of the PTWI, who responds:

*'Quite often, what we also do is try to establish a foundation for when they leave [the program]. We move them "further up the ladder", but we need them to take it [the physical education] with them when they go out [to work]. We need to send them off with a message of how to deal with it [the illness], so that they know what they can do and what they need in the future and so they won't be paralyzed [by illness] again. And so they know what not to do and how to stick with it [the physical exercise].'* (Physical therapist C, Helsingør)

The above statement points to both a bettering of clients' physical and mental situation through 'response' to the training, but further explains that this response is translated into an understanding of how to deal with the possible limitations and thus better cope with the condition post-intervention. The quotation also points towards the mechanism of 'linking' what is learned in the program to the subsequent work life. Later in this section, this mechanism is tested further.

First, we turn to an interview with a manager in the municipal job center who offers PTWI and discuss with her the mechanism of coping from her experience. Asked how case workers determine which clients should participate in the intervention, the manager replies:

*'We actually use them [PTWI] for two different purposes or two different groups [of clients]. There are the obvious ones who need the exercise [...] And the less obvious, maybe, who are dealing with the psychological barriers [towards returning to work]. We use it [PTWI] to get them out the door and learn that it's not dangerous to start again. We know from research that the psychological aspects are dealt with, too [through the physical training].'* (Manager A, Helsingør)

The manager reveals important notions about the program functions for different client groups and also points to experience that strengthens the assumption of the program theory about 'coping'. Because clients take part in the PTWI, they are pushed to get up and out as a part of their training program, which leads them to a more structured everyday life, despite their health limitations. They learn that 'it is not dangerous', despite the discomfort they might experience. This mechanism is linked to the short-term results of a better higher level of functioning and increased insight into own conditions, both expected to lead towards longer-term goals of recovery and ultimately self-sufficiency.

As a final mechanism from the program theory, we test the notion of 'linking'. This refers to the connection between the specific physical and educational activities of the PTWI and the integration of those results and this knowledge into a future job function and work life. This linking was based on the constant focus amongst professionals within PTWI on the connection between rehabilitating activities and actual job functions, establishing both motivation and a sense of capability in clients. When testing this assumption empirically through the interviews, clients were asked what the main purpose of their participation in the program entailed. A male client explains:

*'I'll find out next week for how long I can keep coming here (PTWI). They [physical therapists] agree that it is important because I have to focus on strengthening my whole body, not just the knee [original problem]. We are learning what I am capable of and how to enable me to last longer. Because I have to, when I go back [to work]. I work long hours and I need to be fit for it. I work on flexibility and strength and then I have lost weight, which makes it [the exercise] really helpful because this [the weight loss] puts less strain on my joints.'* (Client F, Holbæk).

In the above cited, the client directly connects his participation in the program to that of his subsequent return to work and the tasks that he has to endure in order to function in his particular job. He thus sees the exercise of the program as a means of achieving the goal of sustaining his employment and supports the program's theoretical notion of 'linking' between physical activity and work life. The client points to the short-term progress of knowing boundaries and lasting longer during working hours, which supports the short-term results defined in the program theory, based on the mechanism in question. The notion of a 'linking' mechanism that leads activities to the desired results is further tested in the interviews with frontline professionals. In one such interview a case worker from a municipal job center is asked to explain why both the physical exercise and the work orientation must be included in the PTWI:

*'Because they [the two perspectives] have the same focus on continuous progress. A better level of functioning and ability to carry through different tasks. To make it useful for them afterwards [in terms of work]. But this [progress and linking it to work life] takes motivation and it takes cooperation [from clients]. I think they [the physical therapists] manage to engage them [the clients] and make it less provocative for them because they [clients] see the use they can make of it [the PTWI].' (Case worker C, Silkeborg)*

The case worker points out the importance of clients' 'linking' between activities because it is this linking that makes the activities and the participation in the program meaningful. She addresses how this inching towards the desired outcomes requires motivation and cooperation on the clients' part and thus points towards another contextual factor of the program circumstances that is experienced by professionals to be important. It is underlined that the mechanism of linking is conditioned by client motivation and willingness to cooperate in order for the mechanism to lead to favorable outcomes.

At a more general level, we turn towards the concept of context and circumstances of the PTWI to summarize how the interview data has developed our understanding of the importance of context for this intervention. First, we learned how the mechanism of 'response' seems closely linked to contextual factors related to resources. This is because sufficient time and resources offered by professionals lead to the clients feeling 'seen'. A high level of knowledge about exercise and health within the group of frontline staff creates trust and comfort for clients, braving them to push boundaries and aim for improvement of physical capacity. Furthermore, we see how clients' own motivational levels and willingness to cooperate with frontline professionals is important to the activation of the mechanisms of both 'linking' and 'coping', and how the working of these mechanisms in general is influenced by the inclusion of clients' in the program planning via continuous feedback and follow-ups. We also see, during the interviews, how the persisting focus on relating the training to work abilities is enhanced by clients orienting themselves towards a future work life and the belief in the existence of a job afterwards.

If we look at the entire qualitative data material, we understand that having frontline professionals solving administrative and bureaucratic issues quickly leads to a client experience of meaningfulness, flexibility and continuity in intervention plans. Also, when professionals provide flexibility, individual planning and continuous follow-ups with clients' this leads to a sense of ownership, continuity and a sense of being recognized and understood. Respondents were also asked to pinpoint other central contextual factors of importance to intervention impacts. This led to the identification of a number of organizational challenges, with communication and diverging objectives across sectors and waiting lists within health care services being the most common. Also, a number of personal matters in clients' lives were pinpointed as important; their financial situation, their family relationships and home environment, and previous work life history has significant impact on their ability to make use of the resources provided by the rehabilitating intervention.

In summation, this article argues that the empirical data on the context of the intervention points to a number of factors characterizing the circumstances that directly influence results

they influence the activation of the identified central mechanisms. Drawing on inspiration from Blom & Morén (2007) who suggest that a number of *common factors* surrounding social interventions are as important as the intervention activities themselves in terms of influencing outcomes, we divide the identifying contextual factors important to the PTWI into four different groups. Based on the interview data it seems that besides the activities themselves, three levels of contextual circumstances influence whether the program reaches its desired results. These include individual client circumstances (health, social, and financial situation), mental circumstances (trust, motivation, respect) and finally relational circumstances between client and front line personnel (caring, trust, cooperation). All together, these factors impact the activation of the identified mechanisms of the program, the existence and importance of which have been supported in the interview data.

### **Concluding remarks**

Initially, this article undertakes the selection of a particular case-intervention for clients on sickness benefits based on knowledge from prior research within the area of evaluating active re-employment programs for this target group. The article constructs a program theory of key assumptions within the intervention and makes explicit how the defined activities of the program are expected to lead to a number of desirable outcomes for clients through three underlying mechanisms.

The results of the analysis leave us with an opportunity to refine and improve the program theory by making adjustments in adherence to the empirical data presented. The analysis show that Physical Training and Work oriented Rehabilitation is connectable to a higher subsequent employment rate compared the *treatment as usual* (TAU). Participation in vocational internships also connects to positive impacts. However, these results do not provide information about differences between these interventions groups and a non-treatment control groups and as such, these results must be interpreted with care.

Through an analysis of qualitative data, these impacts of the intervention are attributed to factors of enhanced physical and mental response due to exercise, increased ability of coping with illness, and an increased ability of linking achievements in exercise directly to the capability of sustaining work abilities in clients who participate in the program. This offers a strengthening of the initial program theory of the PTWI. Furthermore, the assessment of the qualitative data adds dimensions of important *common contextual factors* determining for program outcomes including client-circumstances and relational circumstances.

The main contribution of this article is a more detailed understanding of how and why an intervention of Physical Training and Work-oriented Rehabilitation (PTWI) can lead to desirable outcomes for sick-listed clients in terms of their subsequent employment rate. It shows how a combination of program activities and the contexts in which they are implemented is essential to an understanding of interventions and their results. This article is an example of how the use of program theory in evaluations of complex interventions can further our understanding, not only of what works, but also of how and why it works and under what circumstances.

## Acknowledgements

The author would like to thank Jacob Arendt Nielsen, senior researcher from KORA, for patient advice and counsel on methodological questions concerning this article. Also, the author wishes to express gratitude to clients, staff and executives from the private provider of rehabilitation programs, Quick Care, for participating in interviews and granting access to data on program activities and outcomes.

---

<sup>i</sup> Numbers on sick-listed individuals were extracted on 05 April 2017 from [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk) which is a database administered by the Danish Ministry of Employment.

<sup>ii</sup> The category holds individuals at risk of long-term illness, where the ability to work might possibly be compromised. It consisted of approximately 138.000 people in 2016. Terminal clients and other extreme cases are exempted from this category.

<sup>iii</sup> Numbers on interventions and activities for sick-listed clients were extracted on 08 April 2017 from [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk). This database is administered by the Danish Ministry of Employment.

<sup>iv</sup> Quick Care was established in 2004 with an ambition of providing return-to-work interventions for a number of sick-listed and unemployed target groups, and combines the physical therapy with a work-oriented focus. The company merged with Falck Healthcare in 2016.

<sup>v</sup> After 26 weeks of sick leave all clients are eligible for a reconsideration of their case. They can, consequently, have their sickness benefit case prolonged, return to employer/unemployment or be directed to job clarification (jobafklaring).

<sup>vii</sup> DREAM-data consists of unified information from several different sources registered by public authorities. It is updated monthly by the National Labor Market Authority in Denmark

---

## References

- Amlani, N.M & Munir, F. 2014. "Does physical activity have an impact on sickness absence?" *Sports Med* 44(7): 887-907.
- Andersen et al. 2015. "Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain. Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: A 3-month randomized controlled trial." *Scandinavian Journal of Public Health* 43(7): 694–703.
- Anderson E, Shivakumar G. 2013. "Effects of exercise and physical activity on anxiety." *Front Psychiatry* 4(27).
- Angrist, J. & Pischke, S. (2009): *Mostly harmless econometrics – an empiricist's comparison*. United States: Princeton University Press.
- Beskæftigelsesministeriet. 2017a. "Sygedagpengereformen viser gode effekter - men der er behov for at se nærmere på stigende udgifter", accessed April 11, 2017, <http://bm.dk/Aktuelt/Pressemeddelelser/Arkiv/2017/01/Sygedagpengereformen%20viser%20gode%20effekter>
- Beskæftigelsesministeriet. 2017b. "Bekendtgørelse af Lov om Sygedagpenge", accessed March 08, 2017, <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=182048>.
- Beskæftigelsesministeriet. 2017c. "Ny visitationsmodel" , accessed April 18, 2017, <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Et%20godt%20arbejdsliv/Sygedagpengereform/Hovedelementerne-i-sygedagpengereformen/Ny-visitationsmodel.aspx>.
- Blom, B. & Morén, S. 2007. *Insatser och resultat i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Bonfils, I.S. & Olsen, L. 2013. "ICF-klassifikationen – Balancegang eller Glidebane?" In *Handicapforståelser – Teori, erfaring og Virkelighed*, edited by Kirkebæk, B., Olsen, L., Bonfils, L.S. and Tetler, S., 69-81. Copenhagen: Akademisk Forlag.
- Boll J., Hertz M., Rosholm M. and Svarer M. 2010. *Evaluering af Aktive - Hurtigere Tilbage*. Copenhagen: Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Bredgaard, T., Madsen, P.K., Rasmussen, S. and Jørgensen, H. 2011. *Dansk Arbejdsmarkedspolitik*. Copenhagen: Jurist og økonomforbundets Forlag.
- Bredgaard, T. 2015. "Evaluating what Works for whom in active Labour market policies". *European Journal of Social Security* 17(4): 436-452.
- Bredgaard, T., Salado-Rasmussen, J. and Sieling-Monas, S. 2016. Virkningsevaluering. In *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, edited by Bredgaard, T., 331-366. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Bredgaard, T. and Sieling-Monas, S. 2015. "Er der evidens for antagelserne I den aktive beskæftigelsesindsats for sygemeldte?". *Tidsskrift for Arbejdsliv* 17(1): 28-43.



- 
- Brodkin, E. Z. and Marston, G. 2013. *Work and the Welfare State: Street-level Organizations and Workfare Politics*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Dahler-Larsen, P. and Krogstrup, H.K. 2003. *Nye veje i evaluering - en håndbog i tre evalueringsmodeller*. Denmark: Systime Academic.
- Dahler-Larsen, P. 2013. *Evaluering af projekter – og andre ting som ikke er ting*. Denmark. Syddansk Universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, P. 2016. "Politik og Evaluering". In *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, edited by Bredgaard, T., 169-194. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- deVries HA. 1981. "Tranquilizer effects of exercise: a critical review". *Phys Sportsmed* 9: 46–55.
- DISCUS 2014. "Læringskatalog: Indsats for aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere", accessed April 01, 2017, <http://star.dk/da/Om-STAR/Publikationer/2014/08/Laeringskatalog-Indsats-for-aktivitetsparate-kontanthjaelpsmodtagere.aspx>.
- Everhardt, T. and de Jong, P. 2011. "Return to Work After Long Term Sickness". *De Economist* 159(3): 361–380.
- Field, A. 2013. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sussex: Sage Publication.
- Foss Hansen, H. 2016. "Evalueringssystemer". In *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*, edited by Bredgaard, T., 96-114. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Funnel, S. & Rogers, P. 2011. *Purposeful Program Theory: Effective use of Theories of Change and Logic Models*. San Francisco: Wiley.
- Goldthorpe, J.H. 2001. "Causation, Statistics, and Sociology". *European Sociological Review* 17(1): 1-20.
- Høgelund, J. 2012. *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte: En litteraturoversigt*. Copenhagen: SFI.
- Høgelund, J., Boll, J., Skou, M. and Jensen, S. 2008. *Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven: Opfølgning på sygedagpenge*. Copenhagen: SFI
- Jacobi, C. B. 2013. *Et halvhjertet helhedssyn? En afhandling om den helhedsorienterede sygedagpengeindsats i to kommuner*. Roskilde: Institut for Samfund og Globalisering, RUC. PhD.

---

Lacouture, A., Breton, E., Guichard A. and Ridde, V. 2015. "The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation." *Implement Sci* 10(1):153

KMDs sygedagpengeregister. 2017. Data and analysis conducted on 05.05.2017 via [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk). Denmark: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.

Krogstrup, H.K. 2003. *Evalueringsmodeller – Evaluering på det sociale område*. Århus: Systime.

Larsen, C. A. & Goul Andersen, J. 2003. "Konjunktur- og strukturparadigmet i 1990'ernes velfærdspolitik." In *Marginalisering og velfærdspolitik. Arbejdsløshed, jobchancer og trivsel*, edited by Andersen, J. G. , side 75-98. Copenhagen: Frydenlund.

Linsley, P., Howard, D. and Owen, S. 2015 "The construction of context-mechanisms-outcomes in realistic evaluation." *Nurse Res*, 22(3): 28-34.

Mason, J. 2002. *Qualitative Research*. London: Sage Publications.

Moore M. 1982. "Endorphins and exercise: a puzzling relationship." *Phys. Sportsmed* 10: 111–114.

NFA. 2008. *Hvidbog om sygefraværd og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesværd*. Copenhagen: Arbejdsmiljø instituttet (NFA).

NFA. 2012. *Det store TTA-projekt. Proces-, effekt-, og økonomisk evaluering*. Copenhagen: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø.

Nordic Social Statistical Committee. 2015. "Sickness Absence in the Nordic Countries.", accessed January 12, 2016, <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:811504/FULLTEXT06.pdf>.

Pawson, R. 2013. *The Science of evaluation - A realist manifesto*. London: Sage Publications.

Pawson, R. & Tilley, N. 1997. *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.

Rehwald, K., Rosholm, M & Rouland, B. 2016. "Does Activating Sick-Listed Workers Work? Evidence from a Randomized Experiment." IZA Discussion Paper No. 9771, accessed December 01, 2016, <http://ftp.iza.org/dp9771.pdf>.

Torring, J. 2004. *Det stille sporskifte i velfærdsstaten. En diskursteoretisk beslutningsprocesanalyse. Magtudredningen*. Århus: Århus Universitetsforlag.

## Appendix 1: T-Test and Levene's Test for Equality of Variances

Group Statistics					
	Intervention	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sickness benefits 2009	PTWI	532	7,79	12,762	,553
	TAU	2621	10,75	13,775	,269
Employment 2009	PTWI	532	27,63	20,572	,892
	TAU	2621	24,14	20,156	,394
Healthcare services 2009	PTWI	244	42,2623	28,60280	1,83111
	TAU	1319	43,3245	31,20981	,85935
Age group	PTWI	497	2,3280	,60831	,02729
	TAU	2464	2,3105	,58382	,01176
Citizenship	PTWI	532	1,1410	,46421	,02013
	TAU	2621	1,1923	,54250	,01060
Educational level	PTWI	532	3,0733	1,63192	,07075
	TAU	2619	3,0290	1,67940	,03282

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
				F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Dif.	Std. Error Dif.
		Lower	Upper							
Weeks on sickness benefits 2009	Equal variances assumed	14,000	,000	-4,56	3151	,000	-2,96	,647	-4,230	-1,692
	Not assumed			-4,81	802,735	,000	-2,96	,615	-4,169	-1,753
Weeks of employment 2009	Equal variances assumed	,564	,453	3,66	3151	,000	3,496	,962	1,610	5,382
	Not assumed			3,59	752,307	,000	3,496	,975	1,582	5,410
Use of healthcare services 2009	Equal variances assumed	1,757	,185	-4,95	1561	,621	-1,06	2,148	-5,275	3,15049
	Not assumed			-,525	358,620	,600	-1,06	2,022	-5,040	2,91571
Age group	Equal variances assumed	3,542	,060	,605	2959	,545	,018	,029	-,039	,07419
	Not assumed			,589	692,606	,556	,018	,029	-,041	,07584
Citizenship	Equal variances assumed	16,910	,000	-2,04	3151	,042	-,051	,025	-,101	-,00189
	Not assumed			-2,26	852,921	,024	-,051	,023	-,096	-,00667
Educational level	Equal variances assumed	4,018	,045	,557	3149	,577	,044	,080	-,112	,20014
	Not assumed			,568	776,744	,570	,044	,078	-,109	,19739

ISSN (online): 2246-1256  
ISBN (online): 978-87-7112-972-4

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG