

# Sagsbehandling af arbejdsliv

## Problemer og perspektiver i sygedagpengesager

Ph.d. afhandling  
Aksel Skovgaard Clausen

Institut for Miljø, Samfund og Rumlig forandring  
Roskilde Universitet

&

Arbejdsmedicinsk afdeling  
Køge Sygehus

ISBN 978-87-7349-773-9

© 2010 Aksel Skovgaard Clausen

Layout: Ritta Juel Bitsch

Forside: Astrid Skovgaard Hejlesen og Ritta Juel Bitsch

Print: Prinfo Paritas Digital Service

# Indholdsfortegnelse

Resumé .....	7
Summary .....	9
Afhandlingens fem dele:.....	11
Forord.....	13
En læsevejledning.....	15
<b>Del I: Sammenfatning</b>	
<b>1. Problemformulering .....</b>	<b>19</b>
1.1 Sygefravær som problem .....	19
1.2 Projekt arbejdsfastholdelse .....	20
1.3 Erfaringerne med projekt arbejdsfastholdelse.....	21
1.4 Spørgsmål til besvarelse .....	24
<b>2. Metodologiske refleksioner .....</b>	<b>29</b>
2.1 Forståelsesrammer.....	29
2.2 Den epidemiologiske forståelsesramme.....	31
2.2.1 Kausalitet .....	31
2.2.2 Evidens.....	33
2.3 Arbejdsmedicinens nye arbejdsfelt .....	36
2.3.1 Ændringsperspektiverne .....	37
2.3.2 Sygdomsforståelsen.....	38
2.4 Funktionsevnebegrebet .....	39
2.4.1 Socialmedicinsk rehabilitering og social funktionsevne .....	40
2.4.2 Arbejdsmedicinsk måling af arbejds- og funktionsevne .....	40
2.4.3 Det sociale felts bud på funktionsevne – arbejdsevneметоден og ressourceprofilen .....	41
2.4.4 Det fælles social- og sundhedsfaglige praksisfelt .....	43
2.5 En sociologisk forståelsesramme.....	45
2.5.1 Hermeneutik.....	45
2.5.2 Fænomenologi .....	47

2.5.3 Refleksioner over brug af et hermeneutisk perspektiv.....	48
2.6 En fælles teoretisk forståelsesramme? .....	49
2.7 Sociologien mangler i TTA-projekterne .....	52
2.8 Refleksioner over valg af metode.....	53
2.9 Dataindsamlingsmetoderne i mine undersøgelser .....	56
2.9.1 De kvantitative metoder .....	57
2.9.2 De kvalitative interview .....	57
2.9.3 Overvejelser ved tilrettelæggelsen af de kvalitative interview .....	58
2.9.4 Det individuelle fokusinterview .....	59
2.9.5 Fremtidsværkstedet .....	62
<b>3. Teorier i socialt arbejde og på sygedagpengeområdet .....</b>	<b>63</b>
3.2 Forskningsområdet socialt arbejde.....	64
3.3 Nogle fokuspunkter i forskningen.....	64
3.4 Forskning i socialt arbejde relateret til sygedagpengeområdet.....	67
3.5 Hvor står denne undersøgelse i forhold til den foreliggende viden? .....	70
<b>4. Resultater og diskussion .....</b>	<b>73</b>
4.1 Den arbejdsmedicinske forskel i sygedagpengesager .....	73
4.2 Forskelle i sagsbehandlingen af sygedagpengesager .....	74
4.3 Barrierer for en tværfaglig organisering .....	75
4.4 Diskussion af resultater.....	76
<b>5. Konklusion og perspektivering .....</b>	<b>85</b>
5.1 Konklusion .....	87
5.2 Perspektivering.....	87
<b>Noter.....</b>	<b>89</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>91</b>
<b>Del II</b>	
<b>Evalueringsprojektet om arbejdsfastholdelse, et samarbejdsprojekt over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner....</b>	<b>99</b>

<b>Del III</b>	
<b>Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt - også på sygedagpengeområdet.....</b>	<b>171</b>
<b>Del IV</b>	
<b>Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen? .....</b>	<b>187</b>
<b>Del V</b>	
<b>The Individually Focused Interview - methodological quality without transcription of audio recordings .....</b>	<b>201</b>
<b>Bilag</b>	
<i>Bilag 1 .....</i>	<i>233</i>
<i>Bilag 2 .....</i>	<i>237</i>
<i>Bilag 3 .....</i>	<i>243</i>
<i>Bilag 4 .....</i>	<i>247</i>
<i>Bilag 5 .....</i>	<i>281</i>
<i>Bilag 6 .....</i>	<i>293</i>
<i>Bilag 7 .....</i>	<i>317</i>
<i>Bilag 8 .....</i>	<i>333</i>
<i>Bilag 9 .....</i>	<i>261</i>
<i>Bilag 10 .....</i>	<i>365</i>



# Resumé

Sygefravær udgør både et samfundsmæssigt problem og en potentiel risiko for den enkelte. Ved langvarigt sygefravær er der risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet, fordi længden af sygemeldingen er en selvstændig risikofaktor.

I Projekt arbejdsfastholdelse er der udført en bio-psyko-social intervention over for borgere med risiko for unødigt langvarigt sygefravær. Interventionen skete i et tæt samarbejde med sygedagpengesagsbehandlere i fire kommuner. Effektmålingen var i første omgang epidemiologisk, og succesgraden for projektet skulle måles ud fra de deltagende borgeres efterfølgende sygefraværslængde og tilknytning til arbejdsmarkedet. Da resultaterne begyndte at foreligge, viste det sig, at der tilsyneladende ingen effekt var af interventionerne. Dette var et paradoks, fordi der var en relativ begejstring for projektets samarbejdselementer i to af de deltagende kommuner.

Ph.d. projektet blev født som en undersøgelse af, hvad det så var, kommunerne alligevel var glade for i samarbejdet, når det ikke umiddelbart havde en målbar effekt? Der spørges: Gør en arbejdsmedicinsk intervention en forskel i sygedagpengesager? Hvilke forhold i interventionen fungerer godt, og hvilke forhold fungerer mindre godt? I svaret peges på, at det blandt andet er den opsamlende arbejdsmedicinske kompetence, der kan understøtte og gøre en forskel i sagsbehandlingen i komplekse og længevarende sager.

Ph.d. projektet blev også født ud fra en undren over, hvorfor der var så umiddelbart forskellige måder at sagsbehandle på i samme typer sociale sager. Der er derfor undersøgt: Er der generelle forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de? Svarene på spørgsmålene blev identifikation af en række problemfelter i sagsbehandlingen i sygedagpengesager, der i realiteten også kan ses som barrierer for 'den gode sagsbehandling' i den forstand, at en 'god' sagsbehandling blandt andet er en sagsbehandling, der set fra borgerens perspektiv ikke er præget af vilkårlighed.

Som opfølgning på og præcisering af de identificerede problemfelter blev der formuleret et spørgsmål om, hvad så barriererne er for en tværfaglig organisering.

ring af arbejdet med sygedagpengesager? Barriererne blev identificeret som en sagsbehandlerkultur, der vægter erfaringsbaseret viden og praksisser, og som i nogen grad kan ses som et modstykke til en teoretisk inspireret og systematisk arbejdskultur, og en sagsbehandlerkultur, hvor uenigheder ikke er velset, ikke ses som noget konstruktivt, og ikke ses som mulighed for fælles læring. Den måske væsentligste barriere for den gode sagsbehandling blev identificeret til at være en meget selvstændig arbejdstilrettelæggelse og udførelse, uagtet om sagsbehandlingen formelt set er organiseret i team. Afhandlingens sidste del beskæftiger sig med dette, dvs. hvordan kan især denne barriere overvindes. Herunder peges der på, at der sociologien mangler i de ellers tværfaglige interventioner, der beskæftiger sig med arbejdsfastholdelse.

Der peges blandt andet på, at der kan arbejdes med etablering af fælles læringsrum og faciliteret tværfaglighed; begge elementer i en god sagsbehandlingscirkel, der kun kan opnås, såfremt der foretages et bevidst og reflekteret valg af formål, metoder og perspektiver i sagsbehandlingen, og følges op med ledelsesmæssig opbakning, især i forståelsen af, at etablering af både fælles læringsrum og reel tværfaglighed kræver investering i tid. Der argumenteres for disse konklusioner, dels med baggrund i læringen fra Projekt arbejdsfastholdelse, der kan ses som et eksempel etableret tværfaglighed med fælles læring, og dels med baggrund i et afholdt fremtidsværksted med deltagelse af sagsbehandlere og langtidssygemeldte borgere.



# Summary

Sick leave is both a social problem and a potential risk to the individual. Long-lasting sickness absence is a risk of exclusion from the labour market, because the length of sickness leave is an independent risk factor.

In "The Work Retention Project" an occupational health intervention for citizens at risk of unnecessary prolonged sick leave has been performed. The intervention was done in close cooperation with the social workers in four municipalities. Power measurement was initially epidemiological, and success-rate for the project was measured by the participating citizen subsequent sick leave length and attachment to the labour market. As the results began to exist, it appeared that there apparently was no effect of the interventions. This was a paradox, because there was a relative enthusiasm about the project in two of the participating municipalities.

The PhD project was born as an examination of what it then was, the municipalities were happy about in the cooperation when there was no immediate measurable effect? The question was: Does an occupational health intervention make a difference in sickness cases? What proportion of the intervention is working well and what does not? The answer indicates that the gathering competence of the physician in occupational medicine can support and make a difference in complex and long-term sickness cases.

The PhD project was also born from a curiosity about why there were so different ways of treating the same types of social issues. The project therefore examines: Is there general differences in the municipal proceedings in sickness cases that alone can be explained by the municipal differences or individual differences between the case-handlers? And then: What are the differences? What impact do they have? Answers to these questions were the identification of a number of problem-fields in the proceedings. These problems can also be seen as barriers to the 'good handling' in the sense that a 'good' handling is a procedure that seen from the citizen's perspective not is characterized by arbitrariness.

As a follow-up and clarification of the identified problem areas were formulated questions about the barriers of a multidisciplinary organization of work. These barriers were identified as: A caseworker culture that emphasizes experience-based knowledge and practices, and to some extent can be seen as a counterpart to a

theoretically based and systematically working culture. A caseworker culture where disagreement is not welcome, is not seen as something constructive, and is not seen as an opportunity for shared learning. The perhaps main obstacle for the good proceedings were identified to be a highly autonomous work organization and execution, regardless of whether the procedure is formally organized into teams. Last section of the dissertation talks of how this particular barrier can be overcome

Among other things is pinpointed that work can be based on the development of common learning space and facilitated interdisciplinarity; both elements of a good procedural circle that can only be achieved if there are confident and reflected choices of objectives, methods and perspectives in the case-handling, and follow up with corporate support, especially in understanding the establishment of both shared learning spaces and genuine interdisciplinarity requires investment of time. The arguments for these conclusions is partly from the “Work retention Project” which can be seen as an example of established interdisciplinarity with common learning, and partly in the light of a future workshop held with participation of caseworkers and long-term sick people.

# Afhandlingens fem dele:

**I** Denne sammenfatning.

**II** Clausen, Aksel S, Christian Stoltenberg & Peder Skov. Evaluering af Arbejdsfastholdelse, et samarbejdsprojekt over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner. Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus. September 2008. Omtales i denne afhandling som 'Evalueringen'. Forfatterskab til kapitlerne fremgår af forordet i evalueringen.

**III** Clausen, Aksel S. Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt - også på sygedagpengeområdet. Artikel i uden for nummer. Tidsskrift for forskning og praksis i socialt arbejde. 10. årgang nr. 18 / 2009, s. 28-39.

**IV** Clausen, Aksel S. Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen? Artiklen er fremsendt til Tidsskrift for Arbejdsliv. I proces.

**V** Clausen, Aksel S. The Individually Focused Interview – methodological quality without transcription of audio recordings. Artiklen fremsendt til The Qualitative Report. An online journal dedicated to qualitative research since 1990. Nova Southeastern University. Fort Lauderdale, Florida. <http://www.nova.edu/ssss/QR/index.html>. I proces.

## ***Bilag til sammenfatningen:***

- 1) Projektprotokollen fra Projekt arbejdsfastholdelse.
- 2) Den eksterne evaluering af Projekt arbejdsfastholdelse.
- 3) Introduktionsbreve til deltagelse i interview til borgere og sagsbehandlere.
- 4) Spørgeguider til borgere, sagsbehandlere og læger.
- 5) Protokollen fra fremtidsværkstedet den 19. nov. 2007 i anonymiseret udgave.
- 6) Skabelon for den trinvis metode anvendt til indledende analyse af interviewdata.
- 7) Den trinvis metode trin 1-4 med anonymiseret tekst.
- 8) Transskriberet interview med borger N.N.
- 9) Godkendt interview med borger N.N. lavet med TIFI.
- 10) Kort sammenligning af transskriberet interview over for TIFI



# Forord

Denne afhandling er indgivet til Roskilde Universitet med henblik på erhvervelse af ph.d. graden.

Under forløbet har jeg været ansat på Arbejdsmedicinsk afdeling på Køge Sygehus. Her har jeg indgået i et forskningsmiljø, dels det arbejdsmedicinske, og dels miljøet i 'Pavillonen', som afdelingen blandt andet deler med flere medicinske ph.d.-studerende. På Roskilde Universitet har jeg været tilknyttet Arbejdslivsgruppen på Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring.

Jeg vil gerne takke min hovedvejleder, professor og dr. scient. soc. Kurt Aagaard Nielsen, RUC, og min bivejleder, ledende overlæge og speciallæge i arbejdsmedicin Peder Skov, Køge Sygehus, for god vejledning selvom de begge blot har gjort deres arbejde. En særlig tak til Kurt for at hjælpe med afvikling af fremtidsværkstedet i november 2007, som også mag.scient.soc. Elsebeth Hofmeister, RUC, bidrog til at afvikle. En særlig tak også til Peder fordi han var den, der ansporede mig til at begynde på arbejdet. Tak til kollegerne på Arbejdsmedicinsk afdeling, ikke mindst Susanne og Dorthe, for altid godt humør og opbakning og fleksibilitet i forståelsen af, hvordan jeg har måttet vægte mine arbejdsopgaver og tid. Jeg takker cand.scient.soc. Christian Stoltenberg, læge Anne Møller og overlæge Jonas Winkel Holm for konstruktive kommentarer til afhandlingen. Tak til overlæge Bernadette Guldager for kommentarer til sidste version af dette papir. Tak til lærer William John Penny og ph.d. studerende Triona Nicholl for god hjælp til det engelske i metodeartiklen. Tak til psykolog Irene Andersen, socialrådgiver Helle Tornemand, cand.merc. Peter Mølgaard Nielsen og mag.scient.anth. Torben Høock Hansen for at have korrekturlæst og kommenteret på manuskriptet. Derudover har en række folk bidraget med kommentarer til afhandlingens del II, evalueringen; de takkes i forordet på denne. Jeg takker også alle de borgere og sagsbehandlere, der med deres deltagelse i interview og fremtidsværksted har muliggjort den viden, der her formidles. Til allersidst vil jeg takke jer alle fire derhjemme for at være udtømmelige inspirationskilder, også til arbejdet!

Køge, den 4. juni 2010



# En læsevejledning

Afhandlingen består af fem dele, hvoraf denne sammenfatning er den ene del. Her introduceres kort til hvad de fem dele består af.

**I.** I denne sammenfatning beskrives i kapitel 1 baggrunden for formuleringen af ph.d. projektet. Konklusionerne i afhandlingen kan ikke ses løst fra de forudgående erkendelsesteoretiske perspektiver, metoder og resultater, der lå i Projekt arbejdsfasholdelse. I første kapitel præsenteres derfor baggrunden for Projekt arbejdsfasholdelse og hvilke spørgsmål og metoder, der lå i dette, samt hvilke erkendelsesmæssige begrænsninger, der viste sig at være. I sidste del af kapitlet indkredses problemstillingen for ph.d. afhandlingen, og kapitlet afsluttes med formuleringen af det hoved- og de underspørgsmål som søges besvaret. I kapitel 2 redegøres for de grundlæggende forståelsesrammer, der ligger bag undersøgelsen og metoderne. Da ph.d. afhandlingen udspringer af et sundhedsvidenskabeligt projekt, der suppleres med sociologiske studier, opstår der naturligt et dilemma. Præsentationen af forståelsesrammer bliver derfor en præsentation af to umiddelbart meget forskellige måder at tænke videnskab på. Efterfølgende argumenteres for, at brug af forskellige tilgange kan udgøre en nyttig triangulering, der sætter resultaterne i perspektiv, og her søges en fælles forståelsesramme fundet. Sidste del af kapitlet er en redegørelse for de konkret anvendte metoder med hovedvægten på de kvalitative interview. I kapitel 3 præsenteres forskningsområdet socialt arbejde med hovedvægt på det seneste årtis forskning, og herunder forskning relateret til sygedagpengeområdet. Formålet med kapitlet er at præsentere centrale hovedproblemstillinger inden for forskningsområdet og at vise, hvori det nye i undersøgelsen består i forhold til den foreliggende viden. I kapitel 4 præsenteres resultaterne fra dataindsamlingen med hovedvægten på resultaterne fra de kvalitative interview og resultaterne fra fremtidsværkstedet. I sidste halvdel af kapitlet diskuteres resultaterne samlet. I kapitel 5 konkluderes på hoved- og underspørgsmålene, og der afsluttes med en perspektivering.

I dele af teksten (i kapitel 1, 2 og 4), er der til inspiration indsat citater fra læger, borgere og sagsbehandlere fra interview foretaget i 2007 for at levendegøre de problematikker, der præsenteres og diskuteres.

**II.** I 'Evaluering af Arbejdsfasholdelse, et samarbejdsprojekt over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner', præsenteres de

samlede resultater fra 'Projekt arbejdsfastholdelse' som dette ph.d. projekt er en udløber af. Evalueringen er delt i resultaterne fra det oprindeligt fastlagte og epidemiologisk designede projekt, den kvalitative interviewundersøgelse, samt det fremtidsværksted, som projektet blev suppleret med. De to sidstnævnte elementer indgår i ph.d. afhandlingen. Præsentationen af resultaterne fra de kvalitative undersøgelser og fremtidsværkstedet er empirinære og er uden brug af teoretiske referencer. Disse dele af evalueringen kan derfor ikke læses som en selvstændig forskningsrapportering, men skal læses i sammenhæng med de teoretiske referencer og metodiske uddybninger, der sker i denne sammenfatning.

**III.** I artiklen 'Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt - også på sygedagpengeområdet' formidles og teoretiseres over betydningen af et konkret fund, nemlig en stor forskellighed i udlægningen af lovgrundlaget for arbejdsprøvning i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager.

**IV.** I artiklen 'Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen?' formidles og teoretiseres over betydningen af et andet fund, nemlig den udprægede selvstændighed i arbejdstilrettelæggelsen blandt sagsbehandlere i sygedagpengesager.

**V.** I artiklen 'The Individually Focused Interview – methodological quality without transcription of audio recordings' præsenteres og diskuteres den interviewmetode, der er anvendt til de kvalitative interview. Artiklen er en argumentation for, at man i nogle tilfælde med fordel kan kombinere det semistrukturerede forskningsinterview med etnografiske feltnoter, der dog, modsat standarden inden for etnografisk metode, her underlægges interviewpersonernes valideringer.



Del I

Sammenfatning



# Problemformulering

## 1.1 SYGEFRAVÆR SOM PROBLEM

Sygefraværet i Danmark er beregnet til gennemsnitlig at svare til 150.000 helårspersoner (Dansk Arbejdsgiverforening, 2002). Årsagerne til sygefravær er mange, i første omgang er sygdom selvklart hovedårsagen. Men flere undersøgelser tyder på, at sygefraværets længde har en selvstændig betydning som forklarende faktor, dvs. jo længere sygefravær, jo større risiko er der for ikke at vende tilbage til arbejdsmarkedet, selv når der korrigeres for sygdommens karakter. Således er langvarigt sygefravær associeret til udstødning fra arbejdsmarkedet. En undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet viste, at 40% af dem, der var sygemeldte i 13 uger eller mere, var tilkendt førtidspension fem år efter sygemelding (Nord Larsen, 1991). I 2000 blev 29% førtidspensionerede, hvis de havde et sygefravær på mere end et år (Dansk Arbejdsgiverforening, 2002). I 2001 endte 15% af sager med sygefravær på 40-54 uger med førtidspension; ved sygefravær på 55-59 uger endte 25% med førtidspension (Beskæftigelsesministeriet, 2003).

Inden for social- og sundhedsområdet er der lavet flere interventionsundersøgelser over for sygedagpengemodtageres efterfølgende tilknytning til arbejdsmarkedet, samt mere generel forskning i årsager til sygefravær (Björkqvist et al, 1992; Indahl et al, 1995; Ejlertsson et al, 1997; Nordström-Bjöverud et al 1998; Donceel et al, 1999; Eshøj, 2001a, 2001b; Høgelund et al, 2003; Rasmussen et al, 2004). Hovedkonklusionerne i disse undersøgelser kan sammenfattes som: Langvarig sygemelding medfører en betydelig risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet. Sygdomsårsagerne er mange, men med overvægt af bevægeapparatlidelser og psykisk sygdom. Hidtidige interventionsstudier har overvejende anvendt diagnose som inklusion. Tværfaglige og tidlige indsatser indikeres at have bedst effekt på tilknytning til arbejdsmarkedet. Som et eksempel på nyere dansk forskning kan nævnes ASUSI-projektet, der belyser sygefravær og udstødning i livsforløb (Mikkelsen et al 2008).

Ovenstående er refereret dansk og nordisk interventions- og sygefraværskforskning. Afgrænsningen er ikke tilfældig, idet de social-, sundhedsfaglige og arbejdsmarkedsmæssige rammevilkår varierer meget, også mellem mange vestlige lande, så

også grundlaget for at lave nogenlunde sammenlignelig forskning tilsvarende varierer. Der er også i Skandinavien væsentlige forskelle, fx i hvordan forsørgelsesgrundlaget tilvejebringes ved langvarig sygdom. Mere internationalt skal nævnes den såkaldte 'Sherbrooke model' fra Canada, hvor den canadiske forsker Patrick Loisel's interventionsstudier af langtidssyge med rygskeer, kan ses som et state of the art studie med stor indflydelse på forskningen indenfor arbejdsfastholdelse og TTA (Loisel et al 1994; Loisel et al 1997; Loisel et al 2002; Lund, 2003).

## 1.2 PROJEKT ARBEJDSFASTHOLDELSE

'Projekt arbejdsfastholdelse' bygger på ovenstående hovedkonklusioner. I 2001 begyndte projektet som et pilotprojekt på arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus i et samarbejde med socialforvaltningerne i Greve, Gundsø og Solrød kommuner. Projektets hovedformål var at mindske sygefraværet og modvirke udstødning fra arbejdsmarkedet. I 2002 blev jeg ansat som koordinator på projektet, og fik som væsentligste arbejdsopgave at tilrettelægge og udføre en dataindsamling, der kunne tilvejebringe viden om, hvorvidt projektets aktiviteter førte til den ønskede effekt. Fra januar 2003 blev projektet udført som et kontrolleret forsøg med etablering af to kontrollkommuner, Roskilde og Skovbo, samt yderligere en deltagerkommune, Køge.

Hovedaktiviteten i projektet var en arbejdsmedicinsk intervention over for langvarigt sygemeldte borgere. Den arbejdsmedicinske intervention bestod af tre trin: 1) En arbejdsmedicinsk læge deltog hver 14. dag i møder i hver af de deltagende kommuners socialforvaltninger og blev her sammen med de sociale sagsbehandlere enige om hvilke borgere, som var i risiko for at blive sygemeldt unødigt længe og / eller var i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, og som derfor kunne have gavn af en konsultation på Arbejdsmedicinsk afdeling. 2) Ved den efterfølgende konsultation blev borgerens fremtidige erhvervs muligheder forsøgt uddybende afklaret og beskrevet under hensyntagen til de foreliggende helbredsoplysninger. 3) Det sidste trin i interventionen var opfølgning på sagen, primært forestået af sagsbehandlerne og, efter behov, ved ekstra kontakt til arbejdsmedicineren.

Ansaret for projektets forskningsmæssige del var placeret på Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus. Indsamling af de kvantitative data skulle ikke bare mulig-

gøre en efterprøvning af, om interventionen havde en effekt. Datagrundlaget skulle også muliggøre forskning i sammenhænge mellem sygefraværsårsag, sygemeldingslængde, køn, alder og en lang række andre målbare variable. I dataindsamlingen anvendtes data om sygedagpengesagerne fra de fire indsatskommuner og de to kontrolkommuner; der blev udsendt et spørgeskema til alle langtidssygemeldte borgere i de seks kommuner i perioden 1. oktober 2002 til 31. december 2005, der blev fulgt op med telefoninterview af dem, der ikke havde svaret på spørgeskemaet, og desuden etableredes adgang til data fra DREAM, en database, der på CPR-niveau opgør borgernes primære forsørgelsesmåde i en given uge. Projektets design var klassisk sundhedsvidenskabeligt, dvs. kontrolleret, men dog ikke randomiseret, da indsatskommunerne ikke ville være med til, at sygemeldte borgere efter lodtrækning skulle opdeles i en gruppe, der skulle have en (formodet) særlig god indsats, og en anden gruppe, der ikke ville få samme særlige indsats. En uddybning af baggrund, metoder mv. for Projekt arbejdsfastholdelse kan ses i projektprotokollen (bilag 1)

### ***En ekskurs om forskellige perspektiver:***

Den manglende randomisering i projektet var et godt billede på de vanskeligheder der kan være i at lave projekter på tværs af faggrupper og institutionelle grænser. Alene de grundlæggende forskellige perspektiver, der ligger i lægernes epidemiologiske tankegang og den sociale institutions erfaringsbaserede kundskab og praksis, kan udgøre en barriere i et samarbejde. Et sprogligt eksempel på dette er, når talen falder på resultater. Epidemiologien mener dermed viden, der er fremkommet på basis af en systematisk dataindsamling, der overholder en række metodiske krav, herunder en dataindsamling af en vis mængde, og, som i tilfældet sociale interventioner, kan tage relativt lang tid at gøre færdig. Men i socialforvaltningen er forståelsen af 'resultater' ofte knyttet til løsning af praktiske problemstillinger på kort- og mellemlang sigt. Og en forståelse for, at 'resultater' først kan foreligge efter et tidskrævende forløb med en længevarende dataindsamling og en efterfølgende analyse, er ikke altid til stede.

## **1.3 ERFARINGERNE MED PROJEKT ARBEJDSFASTHOLDELSE**

I løbet af 2005 begyndte vi (de ansatte på Arbejdsmedicinsk afdeling, der arbejdede med projektet) at få indtryk af om projektet havde en effekt. Tallene indikerede på

et tidligt tidspunkt, at svaret var nej. Tværtimod var der en svag negativ effekt målt på, at sygemeldingsperioderne i indsatsgruppen var længere end i kontrolgruppen. De senere resultater viste desuden, at resultaterne målt på det mere holdbare effekt-mål 'tilbagevenden til arbejde' (TTA) også var negative. Det vil sige, at deltagelse i interventionen for en langtidssygemeldt borger tilsyneladende i sig selv udgjorde en risiko for at borgeren fik en dårligere arbejdsmarkedssituation end ellers.

*"Det har været rigtig godt. Især har vi været tilfredse med at have overlægen med ude til samtale med borgeren. Han kan noget andet end os med sin lægefaglige baggrund. Men det er nok også hans person og evne til at tale om vanskelige problemstillinger. Borgeren får bekræftet sine lidelser, men det bliver også fremadrettet. I journalen bliver borgerens muligheder og begrænsninger i forhold til arbejdet godt beskrevet. Det er en stor lettelse i vores arbejde. Borgerne får anerkendt deres lidelse og samtidig bliver de rettet ind i mod arbejdsmarkedet. Når overlægen er med til samtale, siger han ofte blot det samme som jeg hele tiden har sagt til borgeren, men han får det sagt på en måde, så borgeren forstår det. Jeg har oplevet borgere, der efter en sådan samtale pludselig er blevet raske og tænker positivt."*

*Sagsbehandler i 2007 om Projekt arbejdsfastholdelse.*

Men samtidig oplevede vi, at to af de deltagende kommuner var så glade for projektet, at de lod interventionerne fortsætte ud over den planlagte indsatsperiode. De to andre indsatskommuner var derimod mere lunkne i indstillingen til projektet; for den ene kommunes vedkommende fadede samarbejdet reelt ud allerede inden den formelle indsatsperiodes afslutning. Det var vores indtryk, at de deltagende borgere var glade for interventionen, særligt det forhold, at de oplevede en 'neutral' autoritet, i form af en speciallæge, der havde god tid til at lytte og få talt borgerens situation igennem.

Et billede på, hvor tilfredse borgerne var med interventionen var, når borgerne var ankommet til Arbejdsmedicinsk afdeling og ventede før de havde tid. Mit subjektive indtryk af den typiske stemning hos en sådan borger var neutral eller negativ, men efter konsultationen, der ofte varede mere end én time, var borgere ofte synligt glade og opmuntrede.

*”Der gik lidt for lang tid fra undersøgelsen til der skete noget. Men ellers var det meget positivt at opleve at være på Arbejdsmedicinsk afdeling. Der var tid til at blive hørt på, og det var godt med det forudgående spørgeskema, som lægen havde forberedt sig på, sammen med papirerne i min sag, før jeg kom. Godt at mærke, at sagsbehandleren i kommunen og lægen på Arbejdsmedicinsk afdeling havde talt sammen. Undersøgelsen har nok påvirket mig til at tro på, at jeg på trods af mine begrænsninger, godt kan klare noget alligevel.”*

*Borger i 2007 om sin deltagelse i Projekt arbejdsfastholdelse.*

Vores tolkning af den manglende effekt var i første omgang at se på projektets manglende randomisering, der var 'kun' to kontrolkommuner. Selvom der blev gjort et stort arbejde med at gøre data fra de fire indsatskommuner og de to kontrolkommuner sammenlignelige ved at korrigere for en række socioøkonomiske forholds forekomst i materialet (køn, alder, uddannelse mv.) så viste data fortsat ikke en positiv effekt af interventionen målt på TTA, tværtimod var der en tendens til det modsatte. Dette kunne umiddelbart tolkes på to måder. Enten at resultaterne rent faktisk var negative – dvs. at den arbejdsmedicinske intervention havde den modsatte effekt af det tiltænkte. Eller at der alligevel tilbagestod forhold omkring inklusionen til indsats, der ikke kunne forklares med de foreliggende målinger. Altså, at de langtidssygemeldte borgere i interventionsgruppen måtte være en særligt udvalgt gruppe, hvis særlige karakteristika vi ikke kunne beskrive med de indsamlede data.

Vi havde også en helt anden tolkning af den målbare negative effekt og den samtidige delte begejstring for indsatsen i kommunerne og udelte ditto hos borgerne. Vi tænkte, at der måtte være nogle effekter af interventionen, og nogle forskelle mellem kommunerne, som den hidtidige dataindsamling ikke kunne sige noget om. En senere followup undersøgelse på det foreliggende talmateriale bekræfter dette. Undersøgelsen så på Return To Work (RTW) efter mellem to og tre år efter borgernes sygemelding. Konklusionen var, at RTW generelt steg i ca. halvandet år, og derefter var stabil, og at der var en markant skiftende effekt af diagnose, alder og kommune over tiden (Stoltenberg & Skov, 2010). Men for at komme mere i dybden med hvad det er for nogle forskelle, der er mellem kommunerne,

er epidemiologien utilstrækkelig, og det var klart, at vi måtte tænke på at anvende mere kvalitative metoder. Ideen til ph.d. projektet var født.

## 1.4 SPØRGSMÅL TIL BESVARELSE

Efter de første erfaringer med Projekt arbejdsfastholdelse blev ph.d. projektet formuleret i løbet af sommeren og efteråret 2005. De første formulerede spørgsmål inkluderede besvarelse af spørgsmål om, hvorvidt den arbejdsmedicinske intervention havde effekt og hvem en intervention gavner. For selvom tallene tidligt indikerede, at interventionen ikke så ud til at have en effekt, så var tanken, at det måske var muligt at identificere en gruppe af borgere, for hvem interventionen trods alt havde en effekt. Der var også formuleret et spørgsmål om hvorfor og hvordan en arbejdsmedicinsk intervention gavner. I de første beskrivelser af ph.d. projektets problemstilling var der desuden formuleret et ønske om at afholde et fremtidsværksted for at finde frem til nogle holdepunkter for 'Den gode sagsbehandling'.

I takt med at tallene viste, at interventionen ikke havde en effekt, heller ikke over for en særlig gruppe borgere, ændrede problemstillingen sig, så de første spørgsmål blev pillet ud. Ikke fordi det er et uinteressant resultat, at interventionen ikke har en effekt. Men fordi det stod mere og mere klart, at den enkelte borgers sygedagpengesag udgøres af en kompleksitet af individuelle sociale og sundhedsmæssige forhold, som socialforvaltningens sagsbehandling har potentielt langt større indflydelse på end en intervenserende arbejdsmediciner. For vi fik flere og flere erfaringer med, at sygemeldte borgere fik meget forskellig sagsbehandling afhængig af kommunetilhørsforhold – og måske endda afhængig af hvilken sagsbehandler, borgeren havde. Et eksempel på dette var en langtidssygemeldt borger fra en kommune, der efter flere konsultationer på Arbejdsmedicinsk afdeling blev vurderet at være et meget oplagt emne til visitation til fleksjob, idet alle kriterier herfor var opfyldt. Men ifølge sagsbehandleren i borgerens kommune kunne dette ikke lade sig gøre. Herefter flyttede borgeren til nabo kommunen og fik med det samme bevilget fleksjob. Og hvori bestod forskellen i vurderingen? Alene den samlede vurdering hos sagsbehandleren, som måske, måske ikke, var under indflydelse af kommunens politikker og praksisser på netop det område.

Spørgsmålene om hvor meget og hvem blev således mindre og mindre interessante for ph.d. projektets problemstilling, og blev i stigende grad afløst af spørgsmål



om hvorfor, hvordan og hvad. Spørgsmålene om interventionens mere kvalitative effekter – hvorfor og hvordan – samt et fremtidsværksted, der skulle vise vejen mod 'den gode sagsbehandling' har været gennemgående i hele ph.d. projektet. Hovedspørgsmålet, der kom til at være styrende for de øvrige spørgsmål i ph.d. projektet, kunne til sidst formuleres som:

Hvad består 'den gode sagsbehandling' af og hvordan man kan arbejde hen i mod den?

Spørgsmålet er både enkelt formuleret og potentielt omfattende i sine svarmuligheder. Svaret indkredses og afgrænses ved opstilling af fire andre spørgsmål.

1) Gør en arbejdsmedicinsk intervention en forskel i sygedagpengesager? Hvilke forhold i interventionen fungerer godt, og hvilke forhold fungerer mindre godt?

2) Er der generelle forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de?

De to første spørgsmål sætter dels fokus på den arbejdsmedicinske intervention, og dels på sagsbehandlingen i sygedagpengesager. Hver for sig giver svarene på spørgsmålene interessante svar, især hvis man er interesseret i forklaringer på hvert af disse som enkeltelementer. Denne afhandling har dog også et ændringsorienteret sigte, der ikke afgrænser sig til at undersøge hvad der skal til for at en arbejdsmedicinsk intervention kan have effekt. For uanset hvor succesfuld en arbejdsmedicinsk intervention kan blive, så er der en begrænset arbejdsmedicinsk ekspertise (læs: antal speciallæger) til rådighed i forhold til de titusinder af borgere, der kan interveres over for. Desuden ville det næppe være økonomisk muligt at lave interventioner over for alle sygemeldte i en risikogruppe ved hjælp af eksperterne aktører. Det realistiske ændringsperspektiv må derfor være se på hvordan sagsbehandlingen som sådan kan udføres på en måde, så den bedst muligt afkorter unødigt sygefravær og understøtter arbejdsfasholdelse og tilbagevenden til arbejde. Dette kan involvere arbejdsmedicinere – og andre ikke-socialfagligt uddannede – i problemløsningen. Men omdrejningspunktet er og bliver sagsbehandlingen i sygedagpengesager. Altså må der spørges mere uddybende til sagsbehandlingen, hvis der skal svares mere fremadrettet og dækkende på, hvordan man kan arbejde hen i mod den gode sagsbehandling

Hovedspørgsmålet besvares ved hjælp af yderligere to spørgsmål. De to spørgsmål er kommet til efter et af de tidlige fund fra undersøgelsens interview, nemlig sagsbehandlingens umiddelbare mangel på tværfaglighed på trods af åbenbare behov herfor. Sagsbehandlingen i sygedagpengesager er i sin natur flerfagligt, idet sagsbehandlingen involverer flere typer specialiseret viden. Den umiddelbare og formelle årsag til at en borger er langvarigt sygemeldt, er en eller flere sygdomme eller lidelser, der gør borgeren uarbejdsdygtig. Men samtidig kan den sygemeldte være påvirket af sociale forhold (familiære forhold, misbrug m.m.), der måske oven i købet indirekte har udløst sygemeldingen. En sygemelding kan også involvere organisatoriske forhold på arbejdspladsen, fx i form af dårlig ledelse eller mobning, eller individuelle psykologiske forhold. Der er faktisk kun én sikker fællesnævner for borgernes årsag til at være på sygedagpenge, og det er borgerens interesse i at sikre sit forsørgelsesgrundlag. En socialarbejder, der skal sagsbehandle på en borgers sygedagpengesag, skal have flere typer sociale og sundhedsfaglige kompetencer alene for at kunne sætte sig ind i borgerens aktuelle situation. Men ikke nok med det; for at kunne sagsbehandle er det også nødvendigt med juridiske kompetencer for at kunne fortolke en relativt omfattende lovgivning, samt at have viden om jobfunktioner og arbejdsmarkedsmuligheder. Der er altså et umiddelbart behov for flere fagligheder i sagsbehandlingen. Men sagsbehandlingen i sygedagpengesager er overraskende selvstændigt organiseret, og det uafhængigt af, om arbejdet formelt set er organiseret i team eller ej. Så på den ene side har vi et arbejde, der kræver en flerfaglig indsats, og på den anden side har vi en praksis, hvor arbejdet som standard udføres selvstændigt, og hvor inddragelsen af andre faggrupper kun sker i et lille antal sager og har et ad hoc præg.

Der er forskel på flerfaglighed og tværfaglighed. At komme hele vejen rundt i borgerens forskellige problematikker (herunder at udelukke hvad der er et problem) løses ideelt bedst i integrerede, dvs. tværfaglige, samarbejder, og ikke ved ad hoc inddragelser af andre faggrupper. Skal man trække det skarpt op, kan man undre sig over en sagsbehandling karakteriseret ved ad hoc inddragelse af andre fagligheder, når det, der er behov for, er en tværfaglig organisering. Der stilles følgende spørgsmål:

3) Hvad er barriererne for en tværfaglig organisering af arbejdet med sygedagpengesager?

For at besvare spørgsmålet tages udgangspunkt i de foreliggende resultater fra de kvalitative interview.

Opfølgningen på det tredje spørgsmål må så være at spørge, hvordan man overkommer de barrierer, der kan identificeres? Spørgsmålet bliver:

4) Hvordan kan et samarbejde mellem sagsbehandlere og andre faggrupper bedst muligt realiseres, når man skal tage hensyn til barriererne for tværfaglig organisering?

I besvarelsen af spørgsmålet bygges videre på svaret på de foregående spørgsmål, især de identificerede barrierer. I besvarelsen argumenteres for, hvordan barriererne for mere tværfaglighed i sagsbehandlingen udgøres af sammenhørende sæt af elementer, dvs. perspektiver, metoder og tankegange mv, hvis ændringspotentialer er størst, hvis der foretages et samlet, reflekteret valg af organiseringen.



# Metodologiske refleksioner

Kapitlet indeholder først en redegørelse for de grundlæggende forståelsesrammer, der ligger bag undersøgelsen og metoderne. Allerførst søger jeg at redegøre for min egen forståelsesramme og indplacering i feltet (afsnit 2.1) Dernæst spørger jeg til, hvordan der tænkes videnskab med henholdsvis et arbejdsmedicinsk og et sociologisk perspektiv. Mine bud på den arbejdsmedicinske forståelsesramme er delt i tre. For det første en beskrivelse af den 'traditionelle' forståelse af arbejdsmedicinen med et epidemiologisk udgangspunkt (afsnit 2.2), for det andet et forsøg på at beskrive det nye arbejdsfelt for arbejdsmedicin, der har en anden eller supplerende forståelsesramme (afsnit 2.3), og dernæst en præsentation af funktionsvevnebegrebet og en argumentation for hvordan dette udgør et fælles felt med den socialfaglige praksis (afsnit 2.4). Den sociologiske forståelsesramme præsenteres dernæst, herunder et hermeneutisk perspektiv (afsnit 2.5). I det efterfølgende afsnit (2.6) ser jeg på sammenfaldende teoretiske forståelser mellem arbejdsmedicinen og sociologien. De to sidste afsnit i kapitlet er viet til metoderne, jeg har anvendt. Indledningsvis (afsnit 2.7) argumenteres for at kvantitative og kvalitative metoder undertiden kan og bør bruges sammen, og at 'Projekt arbejdsfastholdelse' er et eksempel på dette. Dernæst (afsnit 2.8) beskrives kortfattet de konkrete anvendte metoder i undersøgelsen, idet der henvises til de dele af afhandlingen, hvor dette er beskrevet mere uddybende. Slutteligt sammenfattes kapitel 2 med en beskrivelse af de umiddelbare fællesmængder og begrænsninger mellem arbejdsmedicinens og sociologiens perspektiver og praksisfelter (afsnit 2.9).

## 2.1 FORSTÅELSESRAMMER

Ved valget af enhver metode, hvad enten den er kvantitativ eller kvalitativ, og uanset hvilket fagligt område en undersøgelse bevæger sig ind på, ligger også, om ikke andet implicit, en form for forståelsesramme, der ligger til grund for at man kan analysere og fortolke på undersøgelsens empiri. Eller, med den filosofiske hermeneutiks fader Hans Georg Gadamer's ord, en *forståelseshorisont*, som altid vil indvirke på hvordan givne situationer forstås og fortolkes. I denne undersø-

gelse anvendes både kvantitative data og kvalitative data jævnfør det oprindelige arbejdsmedicinske, sundhedsvidenskabeligt designede forskningsprojekt og de supplerende sociologisk orienterede undersøgelser. I det følgende præsenteres derfor både en arbejdsmedicinsk og en sociologisk forståelseshorisont. Disse er i udgangspunktet meget forskellige, idet der er forskelle i terminologi, perspektiver, metoder og måske især, hvordan behovet for erkendelsesteoretiske overvejelser vægtes. Disse forskelle er noget af det, der gør denne samlede undersøgelse unik; både forstået som fokus på et vanskeligt tværfagligt og tværinstitutionelt praksisfelt og forsøget på at forstå og forklare ud fra forståelsesperspektiver, der umiddelbart kan forekomme meget forskellige.

Indledningsvis skal jeg knytte et par ord til hvad der kan siges at være min egen forståelsesramme, idet man kan stille spørgsmålet, hvad der ligger til grund for at jeg kan analysere og fortolke på undersøgelsens empiri, dvs. hvad er min egen forståelseshorisont, og hvad er min baggrund for at se på undersøgelsesfeltet, udover at jeg kan redegøre for min undersøgelses område og problemstillinger, dataindsamlingen og analysemetoder? Og hvad er det for nogle erfaringer og fordomme, jeg ser på emnet med?

Min baggrund er blandt andet otte års arbejde inden for tværfagligt, projektorienteret arbejde med arbejdsfastholdelse fra 2002 til 2010. 'Projekt arbejdsfastholdelse' koordineret fra Køges Arbejdsmedicinske afdeling står centralt. En række resultater og erkendelser fra dette projekt er formidlet i kapitel 1 og i dokumenter formidlet fra projektet, hvoraf dele af min forståelseshorisont kan udledes. Jeg kan her supplere med, at min uddannelsesbaggrund er cand.merc. med speciale i arbejdssociologi (1995). Jeg står altså umiddelbart uden for både det sundhedsfaglige og sociale fagområde. Derfor har min tilgang til området arbejdsfastholdelse været præget af en nødvendighed af at skulle lytte til fagligt uddannede samarbejdspartners udsagn, idet min egen faglighed berettigelse i feltet ikke har været indlysende. Til gengæld kan det have givet mig en fordel ikke at være 'biased' med en social- eller sundhedsmæssig baggrund, der med sine forståelser og historik vil rumme en risiko for manglende rummelig over for andre fagligheder i det tværfaglige felt. Når det er sagt, skal det siges, at min faglighed i høj grad har været anvendt i mit arbejde med arbejdsfastholdelse, nemlig den del, der handler om at betragte arbejdsfastholdelses- og TTA-projekter som organisatoriske projekter, der kræver en tværfaglig koordinering og som i nogle tilfælde kræver nye definitioner af nye fælles faglige felter og samarbejdsflader.

## 2.2 DEN EPIDEMIOLOGISKE FORSTÅELESERAMME

I dette afsnit introduceres nogle centrale elementer i hvad der kan siges at udgøre en forståelsesramme for faget arbejdsmedicin og dets centrale 'redskabsfag' epidemiologi. Det sker indledningsvis ved at se på begreberne kausalitet og evidens, og dernæst på, hvad der her vil blive kaldt 'det nye arbejdsfelt' inden for arbejdsmedicinen, der for så vidt angår ændringsperspektiver og sygdomsforståelse er væsentligt anderledes end den traditionelle arbejdsmedicin.

### 2.2.1 Kausalitet

I epidemiologien er et væsentligt tema sammenhænge. 'Hvad påvirker hvem?' kunne være et bud på epidemiologiens måske vigtigste spørgsmål. Og man søger at forstå, i hvor høj grad ét forhold påvirker et andet forhold, og om en faktor er en 'ægte' udløsende / medvirkende årsag eller om der blot er tale om en associativ sammenhæng mellem en faktor og en effekt. I epidemiologien er der forsøgt opstillet nogle grundlæggende kriterier for kausalitet. De måske mest kendte kriterier er den engelske epidemiolog Austin Bradford Hills kriterier for kausalitet. Hill brugte ikke selv ordet 'kriterier', men de omtales ofte sådan i litteraturen (se fx Rothmann & Greenland 1998). Hill stiller spørgsmålet: "*What aspects of that association should we especially consider before deciding that the most likely interpretation of it is causation?*" (Hill 1965). Hill svarer på spørgsmålet ved at opstille i alt ni punkter, som bør inddrages ved undersøgelse af kausalitet:

1. *Associationens styrke*. Hill nævner som eksempel Percival Pott, der i 1775 fandt af, at testikelkræft blandt skorstensfejere var 200 gange så hyppigt forekommende som blandt arbejdere, der ikke var tilsvarende udsat for tjære eller mineralske olier.
2. *Konsistens*. Hill stiller spørgsmål om der er gjort lignende fund af andre og på andre steder, under andre omstændigheder og på andre tider? Hvis det er tilfældet, taler det for en kausal sammenhæng.
3. *Associationens specificitet*. Hvis associationen er begrænset til bestemte arbejdere og til bestemte steder og typer af sygdomme, og hvis der ingen sammenhæng er mellem arbejdet og andre dødsårsager, taler det for en kausal sammenhæng.

4. *Temporaritet*. Hvad kom først, hønen eller ægget? En årsagsfaktor skal komme før virkningen. Hill gør opmærksom på, at der kan være arbejdere, der har en højere hyppighed af bestemte sygdomme, uden at årsagen ligger i arbejdet, men i rekrutteringen til faget.

5. *Biologisk gradient*. Er der en dosis-respons sammenhæng? Hill giver som eksempel, at dødeligheden som følge af lungekræft stiger lineært med antallet af cigaretter dagligt, hvilket giver en bedre bevisførelse end blot en sammenligning ryger – ikke-ryger. Hill understreger, at det godt kan være en årsagssammenhæng, selvom der ikke kan påvises en dosis-respons sammenhæng.

6. *Plausibilitet*. Lyder sammenhængen biologisk sandsynlig? Hill mener det taler for en sammenhæng, hvis denne kan forklares biologisk, om end Hill også skriver, at kriteriet begrænser sig til den kendte biologiske viden.

7. *Kohærens*. Den hævdede årsagssammenhæng skal helst ikke være i alvorlig uoverensstemmelse med almindelig kendt viden om sygdommens natur og biologi.

8. *Eksperimenter*. Hvis præventive interventioner påvirker sygdomshyppigheden i nedadgående retning taler det stærkt for en årsagssammenhæng. Hill nævner som eksempler reduktion af støv på værksteder, udskiftning af sundhedsskadelige smøreolier og rygeophør, hvor mindre sygdomshyppighed efter interventionen taler stærkt for en sammenhæng.

9. *Analogi*. Findes der eksempler på tilsvarende faktorer, der er årsagsudløsende for tilsvarende virkninger? Hill nævner som eksempel, at der kan være tilsvarende (analoge) lægemidler med kendte effekter som taler for en sammenhæng, og at man i nogle tilfælde vil acceptere en sådan analogi som forklaring på en mulig sammenhæng (fx med thalidomid).

Hill understreger, at de ingen af de ni punkter skal opfattes som nødvendige for at påvise en sammenhæng, idet han skriver: *“None of my nine viewpoints can bring indisputable evidence for or against the cause-and-effect hypothesis and none can be required as a sine qua non”* (Hill 1965). Det fjerde aspekt, temporaritet, er dog et ufravigeligt krav, for hvis ikke den udløsende årsag kommer før effekten, kan der ikke være tale om en kausal sammenhæng (Rothmann & Greenland 1998). Af andre indvendinger imod de ni punkter kan nævnes: Associationens styrke



kan være konfunderet af forekomsten af andre årsager, hvorfor en stor styrke kan dække over andre årsager, og omvendt kan en umiddelbart lille styrke skjule en sammenhæng. Ved konsistens kan der være et problem med 'bagklogskab' hvad angår undtagelser. Associationens specificitet: En årsag kan have multiple effekter, hvorfor kriteriet ikke giver mening. Kravet om temporalitet er rigtigt, men det kan være svært at etablere tidslinjen mellem årsag og effekt. Den biologisk gradient kan være konfunderet af andre årsager, så en dosis-respons sammenhæng ikke kan afdækkes. Og endelig kan plausibilitet, kohærens, eksperimenter og analogi som kriterier enten være for uklare eller uanvendelige i eksperimentelle studier (Rothmann 2002).

Hills kriterier kan således ikke opfattes som en autoritativ tjekliste, der kan bevise objektive sammenhænge. Kriterierne kan snarere opfattes som et bud på en sundhedsvidenskabelig pendant til socialvidenskabernes triangulering. Forstået på den måde, at data, der indikerer nogle givne sammenhænge, bør underkastes en metodisk validering og perspektivering, så forskeren er opmærksom på ikke at ende med påståede sikre sammenhænge, der ved nærmere eftersyn viser sig at være tvivlsomme.

### 2.2.2 Evidens

Andre væsentlige temaer inden for epidemiologien er 'evidens' og 'evidensbaseret medicin'. 'Evidens' refererer sprogligt til om noget er klart, tydeligt eller noget man har vished for. Inden for epidemiologien skal den foreliggende viden (forskningresultater) være evidensbaseret i betydningen, at viden ikke bare skal være klar eller tydelig, men den skal også være pålidelig og mindst mulig fejlbehæftet (Pedersen et al 2001). Men hvad er så evidensbaseret medicin?

"Evidensbaseret medicin er en klinisk beslutningsproces, der tager udgangspunkt i de bedste kliniske og epidemiologiske forskningsresultater, og sammenholder disse med klinikerens erfaring og patientens ønsker(..). De bedste forskningsresultater er de, der er mest pålidelige, dvs. mindst behæftet med bias, og som kan give svar på et specifikt spørgsmål vedrørende håndteringen af en konkret patient, fx i relation til diagnose, prognose, forebyggelse, behandling og pleje samt skadevirkninger af behandlingen." (Pedersen et al 2001).

Med ovenstående definition kan evidensbaseret medicin siges at have rødder tilbage mindst 1.000 år. I det 20. århundrede har blandt andre Johannes Fibiger og Henrik Wulff bidraget til den evidensbaserede medicin (Pedersen et al 2001). I slutningen af det 20. århundrede skete en stor stigning i antallet af offentliggjorte sundhedsvidenskabelige artikler, der baserer sig på kravene til evidensbaserede medicin (se fx Cochrane Library eller MedLine). Fra midten af 1990'erne kom der fra "North of England evidence based guidelines development project" et bud på, hvordan kravene til evidensbaseret forskning kunne systematiseres og rangordnes. Som led i formidlingen af projektet blev der således opstillet 'Categories of evidence' (oversættes på dansk normalt til 'evidenshierarkiet'):

### *Categories of evidence*

Ia - Evidence from meta-analysis of randomised controlled trials

Ib - Evidence from at least one randomised controlled trial

IIa - Evidence from at least one controlled study without randomisation

IIb - Evidence from at least one other type of quasi-experimental study

III - Evidence from descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies

IV - Evidence from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities, or both

(Eccles et al 1998)

De fire kategorier refererer til om studierne er randomiserede (kategori I), kontrollerede og prospektive (kategori II), kontrollerede og retrospektive (kategori III) eller ingen af delene (kategori IV) (Eccles et al 1998). Hierarkiet kan især forstås som en rangordning af risikoen for bias (mindst risiko i kategori I, størst risiko i kategori IV). (Eccles et al 1998; Pedersen et al 2001). Risikoen for bias er en af hovedårsagerne til, at den store og meget anerkendte kliniske databaser Cochrane Library fortrinsvis lader randomiserede forsøg indgå i deres artikelsamlinger og systematiske reviews. Af andre årsager kan nævnes kvaliteten af mere konkrete metodiske forhold i undersøgelserne, fx blinding (Higgins & Green 2009) og om analyserne er korrekte og relevante, samt om der er overensstemmelse mellem data og konklusioner (Pedersen et al 2001).

Evidenshierarkiet er i lighed med Hills kriterier for kausalitet blevet en form for referencepunkt i litteraturen (hierarkiet er fx gengivet i Medicinsk kompendium). Der er også diskussion af evidenshierarkiet. For eksempel gør forfatterne

til ”Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions” opmærksom på, at evidenshierarkiet synes at være stillet op ud fra metoder, der oprindeligt har haft ætiologiske formål (at finde årsagssammenhænge), mens hierarkiets faktiske anvendelse ofte er spørgsmål om en effekts størrelse, hvortil samme rangordning måske ikke er den bedste:

“Existing ‘evidence hierarchies’ for studies of effectiveness (...) appear to have arisen largely by applying hierarchies for aetiological research questions to effectiveness questions. For example, cohort studies are conventionally regarded as providing better evidence than case-control studies. It is not clear that this is always appropriate since aetiological hierarchies place more emphasis on establishing causality (e.g. dose-response relationship, exposure preceding outcome) than on valid quantification of the effect size (...). Different designs are susceptible to different biases, and it is often unclear which biases have the greatest impact and how they vary between clinical situations.” (Higgins & Green 2009;13.2.1.3).

En anden problemstilling i valg af bedste design for et studie, handler om hvad der er muligt, når forskeren skal tage hensyn til politiske, etiske, økonomiske, politiske tidsmæssige, praktiske og andre hensyn. Dette gør sig gældende ved arbejdsmedicinske interventioner, der bevæger sig ind på et komplekst socialt felt, hvor det kan være vanskeligt, nogle gange umuligt, at leve op til strenge epidemiologiske krav. For eksempel er det vanskeligt i sociale sager at arbejde med blinding; typisk vil det tværtimod være et eksplicit krav, at en borger er fuldt ud oplyst om sin aktive deltagelse eller ej i en intervention. Derfor er potentialet for bias og confounding stort, og udfordringerne i en god studietilrettelæggelse ligeså.

## 2.3 ARBEJDSMEDICINENS NYE ARBEJDSFELT

*”Der er ikke sket nogen revolution inden for arbejdsmedicin. Det er i dag et forarmet og forkrøblet speciale, der lægger sig ind under et epidemiologisk tankesæt. Der er to hovedretninger: Den epidemiologiske – den fremherskende – og så den patientrelaterede arbejdsmedicin. Arbejdsfastholdelse knytter sig til sidstnævnte retning som ikke er blevet en integreret del af specialet; det er snarere en kampplads – kampen står om hvorvidt retningen overhovedet skal være der.”*

*Arbejdsmediciner i 2007*

*”Tidligere kunne en patient, der havde været udsat for et slidsomt arbejde efter et antal år opnå førtidspension. I dag ser man i stedet på, hvad der skal til, for at han eller hun kan blive på arbejdsmarkedet. Og på den måde er arbejdsmedicin blevet mere socialmedicinsk, eller i hvert fald kommet mere ind i gråzonen mellem arbejds- og socialmedicin. En hovedårsag til denne udvikling er politisk fokus på at mindske udgifterne til sygefravær og pension. Men arbejdsmedicinerne har taget udviklingen op og ser det som en mulighed for at understøtte en udvikling, hvor folk kan tage bedre vare på deres eget liv og sundhed.”*

*Yngre arbejdsmediciner i 2007*

Kriterier for kausalitet og evidens er altså centrale begreber, der er med til at norm-sætte god videnskab indenfor arbejds-epidemiologi. De seneste 10-15 år har der udviklet sig et arbejdsfelt inden for arbejdsmedicin, der i realiteten supplerer med andre normer for god videnskab. Mens arbejdsmedicinens klassiske målsætning er at fastslå eventuelle sammenhænge eller sandsynligheder for sammenhænge mellem en eksponering på en arbejdsplads og en sygdom eller symptomer, så handler det nye felt om at vurdere arbejdsevne og jobmuligheder set i lyset af en given helbredstilstand, uanset om den forringede helbredstilstand har at gøre med eksponeringer på en arbejdsplads. Det nye arbejdsfelt praktiseres inden for

rammerne af projekter, der sætter fokus på sygefravær, arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde (TTA). En oversigt over de fleste af de senere års projekter kan ses i Mortensen et al, 2008.<sup>1</sup>

Antallet af arbejdsfastholdelses- og TTA-projekter i disse år taler for, at det nye arbejdsfelt for arbejdsmedicinerne er kommet for at blive. Hvordan den interne forankring og accept af feltet bliver inden for det arbejdsmedicinske speciale, er et åbent spørgsmål. Men man må konstatere, at der er en 'efterspørgsel' efter arbejdsmedicinens nye felt. Forskellen på den traditionelle arbejdsmedicin og de nye arbejdsfelter inden for arbejdsmedicin kan især ses på ændringsperspektiverne og sygdomsforståelsen, hvorfor det kort skal uddybes hvori disse forskelle består.

### 2.3.1 Ændringsperspektiverne

*"I den dominerende epidemiologiske retning er patienterne uinteressante på den måde, at deres sager blot bliver genstand for opslag i databaser, hvor man kan se, om denne eller hin arbejdsskade muligvis er forårsaget af dette eller hint. Arbejde, man lige så vel kunne sætte en aktuar til. Arbejdet er bagudrettet. Man ser kun på perioden fra en given eksponering er begyndt til nu."*

*Arbejdsmediciner i 2007*

*"I den patientrelaterede arbejdsmedicin forsøger man at tage rehabiliteringen alvorligt. Det er mere fremadrettet. Man ser fremad: Givet en lidelse eller funktionsnedsættelse, hvad stiller borgeren eller patienten så op med sit liv på en fornuftig måde, især i forhold arbejdsmarkedet?"*

*Arbejdsmediciner i 2007*

En traditionel arbejdsmedicinsk problemstilling går på om en person har taget skade af et arbejde, og slutresultatet - efter andre instansers behandling af samme sag - kan fx blive en arbejdsskadeserstatning via arbejdsskadestyrelsen eller en helbredsbettinget pension via kommunen. Det ændringsorienterede perspektiv for den traditionelle arbejdsmedicin bliver da at forebygge tilsvarende sammenhænge som de fundne, hvis samme type eksponering fortsat finder sted.

Det ændringsorienterede perspektiv i arbejdsmedicinens nye arbejdsfelt er markant anderledes end i den traditionelle arbejdsmedicin. For det første, fordi den typiske problemstilling kommer til at handle om borgerens fremtid, ikke fortid, og for det andet, fordi slutresultatet ikke skal måles på en mulig sammenhæng mellem arbejde og helbred, men i stedet på borgerens arbejdsmarkedstilknytning. Effekten af de nye arbejdsmedicinske arbejdsfelter kan i princippet måles ved hjælp af statistik og matematik, idet man kan se på tal for borgerens sygeperioder og arbejdsmarkedstilknytning et givent tidsrum efter indsatsen, hvilket da også gøres på forskellig vis i arbejdsfastholdelses- og TTA-projekter (Mortensen et al, 2008).

### 2.3.2 Sygdomsforståelsen

*”Sygdom er som udgangspunkt noget biomedicinsk. Men det har også, og snarere, at gøre med funktionsbegrænsninger, når man ikke kan gøre det, man plejer at kunne gøre. ’De nye sygdomme’ er ikke egentlige sygdomme i biomedicinsk forstand. Men de giver funktionsnedsættelse i praksis. Det kan fx skyldes problemer på hjemmefronten eller andre årsager. Når de nye sygdomme lægges over i det almindelige behandlingssystem har de ikke en mulighed for helbredelse. I stedet for skal der tværfaglige rehabiliteringstilbud til.”*

*Arbejdsmediciner i 2007*

*”Inden for arbejdsmedicin har synet på sygdom ændret sig. Den klassiske arbejds- og miljømedicin består med dens epidemiologiske metode og objektive undersøgelser. Men der er kommet mere fokus på patienternes / borgernes mulighed for at begå sig i arbejdslivet.”*

*Yngre arbejdsmedicinere i 2007*

I arbejdsmedicinens nye felt er sygdomsforståelsen bredere end den traditionelle bio-medicinske, idet udgangspunktet er bio-psyko-socialt. Der er også i højere grad fokus på funktionsevne og behov for tværfaglige indsatser. I den forstand er det nye arbejdsfelt inden for arbejdsmedicin blevet ‘mere socialmedicinsk’. I næste afsnit uddybes disse betragtninger, idet der argumenteres for, at *funktionsevnebegrebet* kan ses som en teoretisk platform for det nye arbejdsfelt inden for arbejdsmedicin. En platform, der fungerer i et tværfagligt felt, og som i nogen grad er fælles med ikke bare socialmedicin, men også det sociale arbejdes praksisfelter.

## 2.4 FUNKTIONSEVNEBEGREBET

Funktionsevnebegrebet er tværfagligt. En afsøgning af bud på hvad ‘funktionsevne’ er, er derfor også bud fra forskellige teoretiske perspektiver og forskellige praktiske udgangspunkter. I princippet er der ikke grænser for, hvilke faggrupper, der kan komme til at arbejde med funktionsevne i praksis. I de senere års mange eksempler på fastholdelses- og TTA-projekter i Danmark indgår således mange faggrupper, dog typisk en arbejds- eller socialmedicinsk kompetence og en socialfaglig kompetence. Men næsten lige så tit indgår fysio- eller ergoterapeuter, ligesom der er flere eksempler på, at psykologer og psykiatere kan indgå i det tværfaglige samarbejde. I det efterfølgende beskrives funktionsevnebegrebet dog kun som et bud på en fælles forståelsesramme for den nye arbejdsmedicin og det sociale praksisfelt, da man kan hævde, at disse to områder er de mest centrale og i princippet dækkende for en fælles forståelsesramme. Da arbejdsmedicin og socialmedicin imidlertid overlapper en del, og da arbejdsmedicinens tilgang til det nye arbejdsfelt trækker på socialmedicinsk teori, omtales nedenstående indledningsvis også det socialmedicinske bud på funktionsevnebegrebet.

## 2.4.1 Socialmedicinsk rehabilitering og social funktionsevne

Fra socialmedicinen kendes Poul Bonnevis sundhedsbrøk som en beskrivelse af det socialmedicinske arbejdsfelt:

*Figur 1 Sundhedsbrøken*

$$\text{Sundhed} = \frac{\text{Menneskets kræfter} = \text{individets ressourcer}}{\text{Miljøets skade} = \text{omgivelsernes krav}}$$

Sundheden øges, hvis tælleren øges eller nævneren mindskes, og der er et gensidigt dynamisk forhold mellem tæller og nævner (Nielsen et al 2004).

Socialmedicinske interventionsperspektiver kan variere efter hvad der er hensigtsmæssigt. Behandling, forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering er de fire meste udbredte perspektiver. Rehabilitering er det perspektiv, der handler om at leve et sundt liv på trods af sygdom, og det er især dette perspektiv, der har at gøre med den sociale funktionsevne og afdækning af behovet for indsatser (Nielsen et al 2004). Man kan sige, at det er en socialmedicinsk kerneopgave at styrke individets ressourcer og give forslag til justering af omgivelsernes krav. Denne kerneopgave er i høj grad sammenfaldende med de nye arbejdsfelter inden for arbejdsmedicin. Forskellen mellem de to lægespecialers definitioner er dels sproglig, idet socialmedicineren taler om den 'sociale funktionsevne' og arbejdsmedicineren om 'arbejdsevne', og dels at socialmedicinerens sociale funktionsevne kan siges at dække bredere over flere aspekter i en persons liv end blot evner knyttet til funktioner i arbejdslivet.<sup>2</sup>

## 2.4.2 Arbejdsmedicinsk måling af arbejds- og funktionsevne

Fra arbejdsmedicinen kan fremhæves to udbredte metoder til at måle arbejds- eller funktionsevne.

Det finske arbejdsevneindeks 'Work Ability Index' (WAI) er udviklet til at måle, hvor godt patienter klarer sig i deres nuværende job og deres forventning til at kunne klare sig med hensyn til fremtidige jobkrav, deres sundhed og psykiske ressourcer (Tuomi et al, 1991a og 1991b).



Det finske arbejdsevneindeks indeholder syv items med skalaer af varierende størrelse mellem 0 og 10: 1) Current work ability compared with the lifetime best (0–10), 2) Work ability in relation to the demands of the job (2–10), 3) Number of current diseases diagnosed by a physician (1–7), 4) Estimated work impairment due to diseases (1–6), 5) Sick leave during the past year (12 months) (1–5), 6) Own prognosis of work ability 2 years from now (1–7), 7) Mental resources. Spørgsmålene besvares af den enkelte patient sammen med en sundhedsprofessionel, der ranker svarene på skalaen. WAI er udbredt i både forskning og praksis i mange lande og er oversat til 24 sprog (Ilmarinen 2007).

I det amerikanske ‘Work Role Functioning Questionnaire’ (WRFQ) spørges til hvor stor en andel af tiden patienter har haft problemer med at leve op til arbejdskrav som følge af fysiske eller psykiske problemer i den forudgående uge. Der spørger til i alt 15 arbejdssituationer inddelt i fem dimensioner: 1) Work Scheduling Demands, 2) Psychological Demands, 3) Social Demands, 4) Physical Demands, 5) Output Demands. Skalaen i WRFQ går fra 0 til 100 (samt en mulighed for afkrydsning af “irrelevant for jobbet”). Som resultat af de 15 spørgsmål fås ét tal, der i procent udtrykker den enkelte persons arbejdsevne. Udover de 15 spørgsmål knyttet til arbejdet, består WRFQ af 12 variable om andre forhold end arbejdet, hvorfor redskabet også omtales om WRFQ-27 (Amick et al 2000; Amick et al 2004).

Både WAI og WRFQ er metoder til at måle helbred og arbejdsevne hos den enkelte. WAI er relativt kort med få items og lægger stor vægt på den enkelte patients vurdering af forholdet mellem helbred og betydningen for arbejdslivet. Dette sker med nogle få ‘globale’ spørgsmål, hvor der på én gang spørges både overordnet og direkte til de forhold, der ønskes besvaret (modsat at spørge til samme forhold ved hjælp af en række mere eller mindre detaljerede items). WRFQ er derimod mere detaljeret omkring en række forhold på arbejdspladsen, der antages at indikere forhold af væsentlig betydning for den samlede arbejdsevne.

### 2.4.3 Det sociale felts bud på funktionsevne – arbejdsevne metoden og ressourceprofilen

Udviklingen på sygedagpengeområdet i Danmark i de seneste 10-15 år er blandt andet karakteriseret ved at fokus er flyttet fra borgerens sygdomsdiagnose til bor-

gerens samlede funktionsevne. Dette slås fast med pensionsreformen fra 2003 og kravene om, at sagsbehandling i sygedagpengesager følger 'Arbejdsevnetoden' og den dertil hørende 'Ressourceprofil' (Clausen 2009). Da arbejdsevnetoden og især ressourceprofilen kan siges at udgøre det sociale felts bud på en definition af arbejds- eller funktionsevnen, skal disse omtales her:

”Arbejdsevnetoden er en metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevnen. Det helt overordnede mål er at hjælpe ledige eller sygemeldte borgere med at finde fodfæste på arbejdsmarkedet.

Arbejdsevnetoden understøtter en afklaring og udvikling af borgerens arbejdsevne. Endvidere understøtter metoden en systematisk dokumentation i forbindelse med sagsbehandlingen.

Arbejdsevnetoden skal ifølge lovgivningen anvendes i sager om revalidering, fleksjob og førtidspension. For at fremme en systematisk og integreret brug af arbejdsevnetoden på alle de arbejdsmarkedsrettede områder foreslås metoden også anvendt i sager om kontanthjælp/aktivering og sygedagpenge, hvor borgerens arbejdsevne vurderes at være truet.”

(Arbejdsmarkedsstyrelsen 2010)

Arbejdsevnetoden kan ses som det lovgivningsmæssige formål og tilgang til hvorfor en borgers arbejdsevne skal beskrives og et eksplicit ønske om mere systematik i sagsbehandlingen.

Ressourceprofilen er det konkrete redskab til at beskrive arbejdsevnen hos borgerne:

”Beskrivelsen af borgerens ressourcer tager udgangspunkt i en ressourceprofil, som er grundstammen i arbejdsevnetoden. Ressourceprofilen er et redskab, hvormed sagsbehandleren kan beskrive borgerens ressourcer ud fra 12 elementer. Elementerne omfatter emner i borgerens liv, som alle kan have relevans i forhold til de krav, der stilles på arbejdsmarkedet.”

(Arbejdsmarkedsstyrelsen 2010)

Ressourceprofilen består af følgende 12 elementer: 1) Uddannelse. 2) Arbejdsmarkedserfaring. 3) Interesser. 4) Sociale kompetencer, herunder konfliktberedskab. 5) Omstillingsevne. 6) Indlæringsevne, herunder intelligens. 7) Arbejdsrelevante

ønsker. 8) Præstationsforventninger. 9) Arbejdsidentitet. 10) Bolig og økonomi. 11) Sociale netværk. 12) Helbred (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2006).

Heraf ses elementerne 1-3 som hørende til ”Faglige og praktiske kompetencer i relation til arbejdsmarkedet”, elementerne 4-6 som hørende til ”Personlige kompetencer til at kunne indgå i sociale og jobmæssige relationer”, elementerne 7-9 som hørende til ”Borgerens eget arbejdsmarkedsperspektiv”, elementerne 10-11 som hørende til ”Materielle forhold og netværk med relevans for arbejdsmarkedet” og det 12. element som hørende til ”Helbredsmæssige forhold i relation til arbejdsmarkedet” (Socialministeriet 2001).

Arbejdsevne metoden og ressourceprofilen er blandt andet blevet kritiseret for at lægge op til en for snæver orientering imod personen i forhold til arbejdsmarkedet i stedet for at se på ”det hele menneske” og tage udgangspunkt i borgerens livshistorie (Aastrup 2003), og for at være udtryk for en ”social ingeniørrationalitet”, der hviler på en fortidig opfattelse af, at viden kun er noget, der allerede findes eller kan oplyses, og ikke noget, der bliver til i en dialogisk proces (Høilund & Lærum 2003). Desuden kan fra den socialfaglige debat i medierne fremhæves, at ressourceprofilen, sammen med andre redskaber, kan ses som påtvungen unødvendig administration og krav om papirarbejde, der tager tid fra det ’egentlige’ socialfaglige arbejde. Her skal det dog først og fremmest konstateres, at ressourceprofilen er udtryk for et markant skift i fokus fra diagnose til funktionsevne i den kommunale sagsbehandling.

#### 2.4.4 Det fælles social- og sundhedsfaglige praksisfelt

Oven for er anført nogle centrale bud på, hvordan henholdsvis teorien fra socialmedicin og arbejdsmedicin, samt lovgrundlaget for sygedagpengeområdet udtrykker arbejds- / funktionsevne, og hvordan en sådan kan måles og systematiseres.

Det fælles i tre områdes tilgange til at se på en borgers arbejds- eller funktionsevne består især i erkendelsen af området som et bio-psyko-socialt praksisfelt, hvor borgerens egne udtryk for arbejdsevne skal tillægges stor betydning, og hvor dokumentationsredskaber er vigtige.

Men der er også forskelle på de tre områders tilgange til at se på en borgers arbejds- eller funktionsevne. Forskellen mellem social- og arbejdsmedicin er dels terminologisk, og dels et spørgsmål om hvor bredt 'funktionsevne' skal forstås. Forskellen er dog nok mere teoretisk end praktisk, når det kommer til de to lægespecialers bidrag til sygedagpengesager som praksisfelt.

Forskellene mellem de social- og arbejdsmedicinske tilgange på den ene side, og de socialfaglige (herunder lovgivningsmæssige) tilgange på den anden side, er større. Det gælder for de centrale redskaber, der benyttes, hvor arbejds- og socialmedicinen benytter sig af systematiske måleredskaber (som fx WAI og WRFQ), mens arbejdsevne metoden og ressourceprofilen består af nogle kvalitative målsætninger og nogle rammer for, hvilke forhold der skal lægges vægt på, når en borgers arbejdsevne skal beskrives. Ressourceprofilens rammer kan sige at udtrykke en form for systematik, men der er dog en relativt stor valgfrihed i udfyldelsen af de enkelte elementer i ressourceprofilen.

En anden væsentlig forskel er den grundlæggende tilgang til arbejdet med feltet. Mens arbejdsmedicinerne repræsenterer højtspecialiserede og vidensbaserede tilgange, vil sagsbehandlerens tilgang ofte kunne karakteriseres som mere erfaringsbaseret og uden en eksplicit fælles teoretisk forståelse (bortset fra lovgrundlaget, der kan ses som et 'teoretisk' grundlag). Dette understøttes af, at sagsbehandlingen i sygedagpengesager kan blive varetaget af meget forskellige faggrupper, idet ikke bare socialrådgivere og socionomer varetager denne; det er også udbredt med stillingsbesættelser af kontoruddannede (evt. med supplerende kommunomfag), samt en række andre faggrupper.<sup>3</sup> Dermed bliver den faglige baggrund for at varetage sagsbehandlingen tilsvarende forskellig.

### *En ekskurs om mit syn på fokus på diagnose eller funktionsevne*

Jeg har arbejdet som koordinator på et arbejdsfastholdelsesprojekt i syv år, og har dernæst arbejdet med tilsvarende arbejde i 'Det store TTA-projekt'. Dette har præget mit syn på, hvorvidt fokus bør være på diagnose eller funktionsevne. Jeg var i forbindelse med mit arbejde i 2004 på et seminar, hvor Jens Bang, speciallæge i psykiatri og samfundsmedicin, foretog om pensionsreformen, som han havde været med til at lave baggrundsarbejde for. Jens Bang kom med følgende eksempel: Under de gamle regler (med diagnosefokus) ville en blind uden videre få tilkendt førtidspension. Bumsen på bænken uden en klar diagnose ville derimod få afslag på førtidspension. Pensionsreformen vender i princippet op og ned på dette. Den

blinde opfattes nu som en person med ressourcer (med en 'resterhvervsevne'), som ikke automatisk får førtidspension. Derimod vil bumsen på bænken, uden klare lægelige diagnoser, kunne få førtidspension ud fra helhedsbetragtninger, der understøttes af flere af resourceprofilens elementer. Jeg har også lært at se grundlæggende positivt på et fokus på funktionsevne ud fra erfarede eksempler på, hvordan samme diagnose kan have højst forskellig betydning for den enkelte. Eksempelvis betyder diagnosen multipel sclerose for nogen en meget alvorlig indvirkning på helbred og arbejdsevne, mens diagnosen for andre de første mange år ikke nødvendigvis betyder væsentlige forandringer af hvordan arbejdslivet skal håndteres. Så selvom fokusskiftet fra diagnose til funktionsevne ikke er uproblematisk i praksis, men tværtimod rummer mange udfordringer, er det efter min vurdering udtryk for en grundlæggende bedre måde at håndtere social- og sundhedsfaglige problematikker hos borgeren, da der på denne måde er potentiale for at arbejde med helhedssyn og individuelle (borgerrettede) perspektiver i sagsbehandlingen.

## 2.5 EN SOCIOLOGISK FORSTÅELSESRAMME

I projekt arbejdsfastholdelse var der både ud fra et omfattende talmateriale og indhøstede erfaringer et indtryk af, at der var forskelle på kommunernes adfærd i sagsbehandlingen. Men det var ikke muligt at sige noget om hvor stor en forskel og visse sammenhænge. Derfor var det nødvendigt med helt andre angrebsvinkler for at kunne afdække hvorfor og hvordan. Nogle borgere måtte høres hvad det var de oplevede, og nogle sagsbehandlere måtte høres om, hvordan deres adfærd var og hvorfor. Der skulle altså ske en fortolkning og forståelse af umiddelbart svært målelige størrelser som menneskers tale, tekst og adfærd, og udsagnene og adfærden måtte tolkes ind i en kontekst. Sådanne typer af studier er sociologiske, og det videnskabsteoretiske grundlag udgøres af hermeneutik og fænomenologi, som uddybes i det følgende med hovedvægten på førstnævnte.

### 2.5.1 Hermeneutik

Hermeneutikken er læren om fortolkning og forståelse af betydninger i tekst, tale eller adfærd. Indenfor sociologien – og relaterede samfunds- og humanvidenskaber - er det en klassisk proces i tolkningen af tekster, at man søger at tolke tekstens dele og stykke forståelsen af de enkelte dele sammen til sammenhængende forståelser.

Disse sammenhængende forståelser kan så igen indvirke på forståelsen af de enkelte dele af teksten. På denne måde fås en 'hermeneutisk cirkel' (Henriksen, 2003).

Pionererne inden for socialfilosofi, der beskæftigede sig med forståelsens og fortolkningens problematikker, har på forskellig vis bidraget til hvad der i dag udgør et sæt af normer for, hvordan forståelser og fortolkninger må tage højde for forskellige forhold. Én af disse pionerer var den tyske filosof Wilhelm Dilthey (1833-1911), som stillede spørgsmålet, hvordan det er muligt at forstå andre tidsaldre end den man selv lever i? Diltheys svar var, at fortolkeren af tekster måtte prøve at tage højde for den tidsånd, hvori teksten er skrevet, dvs. at se på forståelsen mellem henholdsvis forfatteren og tidsånden. (Henriksen, 2003).

Den tyske filosof Martin Heidegger (1889-1976) argumenterede for, at fortolkeren selv er en del af den hermeneutiske cirkel. Heidegger argumenterede for, at fortolkeren ikke står udenfor eller overfor en verden, der skal fortolkes, men at han er en del af denne verden (Henriksen, 2003).

I dag er Diltheys norm om at tage højde for den tidsånd, en tekst er skrevet i, udbredt i social- og humanvidenskaberne. Det samme er tilfældet med Heideggers pointe om at fortolkeren ikke kan stå udenfor, men udgør en del af den verden, der observeres. I dag er det en næsten banal konstatering blandt social- eller humanforskere, at når to eller flere mennesker er til stede, da kan det, hvad enten det sker i form af interview, observation, et egentlig møde eller en anden form, aldrig beskrives som 'objektivt', da hver af de tilstedeværende vil have deres subjektive tolkning af hændelsen (Swane, 1996:169).

Den tyske filosof Hans Georg Gadamer (1900-2002) lagde til den hermeneutiske cirkel yderligere to normer for forskeren, der vil forstå og fortolke dialogiske udsagn: 1) At redegøre for situationens eller kontekstens betydning når udsagn skal tolkes. 2) At redegøre for egen forforståelse (det samme som 'fordomme' i ordets positive betydning). Gadamer skriver, at hermeneutikkens opgave "... *ikke er at udvikle en forståelsesmetode, men derimod at klarlægge de betingelser, hvorunder forståelsen sker*" (Gadamer, 1960:281).

Gadamer mente, altså at der til enhver forståelse af et fænomen eller en handling er knyttet en forforståelse dannet på baggrund af summen af éns (altså forskerens) erfaringer, holdninger og viden. Man kan også sige, at ingen forsker er forudsætningsløs

eller upartisk. Hvis man tror på det, er man blind over for, at forskningen kan være underlagt ens egne private interesser, ens uddannelses faglige tradition og forskellige samfundsmæssige og historiske forhold (Andersen, 1987; Söderbaum 1990).

For Gadamer implicerer normen om at forskeren må redegøre for egen forforståelse ikke blot en formidlingsmæssig øvelse i en undersøgelse, hvor forskeren beskriver sine forforståelser. Normen har også betydning for forståelsen af hvordan fortolkningsprocessen foregår. For Gadamer er den hermeneutiske cirkel ikke blot en refleksiv vandring frem og tilbage mellem forståelser af tekstens enkelte dele og sammenhængende forståelser. Gadamer mente, at forskeren i fortolkningsprocessen går frem og tilbage mellem egen forståelseshorison (eller forforståelse) og tekstens eller personens (forfatterens) forståelseshorison. På denne måde opnås ideelt en gradvis sammensmeltning af de to horisonter, og altså, underforstået, en bedre fortolkning end ellers. Hvis man antager, at denne vandring mellem forståelseshorisonter udgør en væsentlig del af forståelsen af fortolkningsprocessen, da bliver det et ufravigeligt krav, at forskeren redegør ikke blot for egne forforståelser, men faktisk også for tekstens (eller fx en interviewpersons) forståelseshorison, idet der ellers ikke vil være muligt at gøre undersøgelsen transparent (Henriksen, 2003).

Efter Gadamer er der kommet en tredje bud på et element i den hermeneutiske cirkel eller opgave for forskeren, der vil forstå og fortolke dialogiske udsagn. Den tyske socialfilosof Jürgen Habermas har argumenteret for, at forskeren - i hvert fald ved brug af en hermeneutisk-samfundsvidenskabelig tilgang - også skal inddrage politiske og økonomiske magtforhold (Henriksen, 2003:54-55).

## 2.5.2 Fænomenologi

Fænomenologien er læren om fænomener. Tesen er, at verden bedst beskrives gennem det oplevede og erfarede. Fænomenologien blev grundlagt Edmund Husserl (1859-1938) og senere udviklet af Alfred Schütz (1899-1959), som introducerede begrebet 'livsverden', der udgøres af blandt andet det enkelte menneskes historie og erfaringer, færdigheder, meninger og værdier. I fænomenologi interesserer man sig for, hvordan det enkelte menneske oplever sin virkelighed. Fænomenologien nævnes ofte sammen med hermeneutikken, fordi de repræsenterer filosofiske traditioner, der søger at beskrive menneskets opfattelse og oplevelse af verden, og hvordan egne og andres oplevelser fortolkes (Dehlholm-Lambertsen & Maunsbach, 1998:9).

### 2.5.3 Refleksioner over brug af et hermeneutisk perspektiv

Man kan mene, at gyldig viden er defineret som objektiv, universel og noget absolut. Hermeneutikkens udgangspunkt er lige modsat. Hermeneutikken frembringer ikke gyldig viden i en objektiv, universel og absolut forstand, men ser tværtimod viden som subjektiv, partikulær og relativ. Samfunds- og humanforskeren, der har en hermeneutisk tilgang, ser netop på det, der ikke er uforanderligt, men hele tiden er i bevægelse. Det foranderlige, hvad enten det er menneskers tekst, tale eller adfærd, udgør et subjekt, må forstås gennem fortolkning. Men selvom genstandsfeltet altid er subjektivt, teksten, talen eller adfærden altid partikulær, og fortolkningen altid relativ, så er dette ikke ensbetydende med, at enhver subjektiv fortolkning er lige så gyldig som enhver anden tolkning. (Henriksen, 2003).

Den østrigske filosof Paul Feyerabend (1924-1994) er ophavsmand til udtrykket "anything goes", der kan tages som et radikalt udtryk for, at der ikke bør være restriktioner på forskerens valg af metode – og at enhver metode kan være lig så god som en anden. Et nærmere kig på Feyerabends argumentation viser, at han nok var 'metode-anarkist', men hans hovedargument gik ikke på, at valget af metode eller metodiske grundregler er ligegyldige. Feyerabend mente, at historien viser, at nye teorier ikke nyder fremme fordi de efterlever metodiske regler, men snarere fordi den nye teoris tilhængere bruger tricks, retorik og utilbørlige metoder for at fremme deres sag. For at undgå sådan magtmæssig påvirkning i fremkomsten af nye metoder, ser Feyerabend det som en nødvendighed med absolut metodepluralisme for at nye teorier ikke skal undertrykkes:

"Without a fixed ideology, or the introduction of religious tendencies, the only approach which does not inhibit progress (using whichever definition one sees fit) is 'anything goes': 'anything goes' is not a 'principle' I hold... but the terrified exclamation of a rationalist who takes a closer look at history." (Feyerabend, 1975).

Hermeneutikken giver ikke svar på, hvad der er den bedste metode; den siger implicit kun, at kvalitative studier er bedst til studier af menneskers tale, tekst og adfærd. Den konkrete metode må den enkelte forsker selv vælge.



## 2.6 EN FÆLLES TEORETISK FORSTÅELESERAMME?

I de forudgående afsnit er henholdsvis en arbejdsmedicinsk og en sociologisk forståelsesramme beskrevet, og i afsnit 2.4.4 er det det fælles social- og sundhedsfaglige praksisfelt for arbejdsmedicinere og kommunale sagsbehandlere beskrevet. I dette afsnit argumenteres for, at der også er mere grundlæggende fællesteoretiske mængder mellem på den ene side arbejdsmedicin og på den anden side den del af sociologien, der kan benævnes 'arbejdslivsforskning', som her kan ses som en 'teoretisk overbygning' til det sociale arbejdes praksisfelter. Afsnittet skal ses som en metateoretisk refleksion.

Arbejdsmedicinen har de seneste 10-15 år bevæget sig ind i det sociale arbejdes praksisfelt. Dette kan tolkes som udtryk for en ændret og større forståelse blandt arbejdsmedicinere for en biopsykosocial sygdomsforståelse og en erkendelse af, at tværfagligt samarbejde er en betingelse for sundhedsfremme i arbejdet med sygemeldte borgere. Fra tværfagligt orienterede læger har man vendingen, at patienter kan have 'ondt i livet'<sup>4</sup>. Man kan se også vendingen som et populært udtryk for den nye arbejdsmedicins forståelse af hvordan sygdom skal forstås. I vendingen ligger en forståelse af, at en patients problemer kan række udover både sygdomsdiagnoser og arbejdsmiljørelaterede problemer. Det kan fx være problemer med at håndtere hverdagen og tage hånd om eget liv, der driver nogle mennesker over i langvarig sygemelding.

Inden for arbejdslivsforskning kan man analogt med 'ondt i livet' tale om 'ondt i arbejdet'<sup>5</sup>. Hvor man inden for de tværfaglige almene lægelige specialer underforstår en adskillelse og et ligeværdigt forhold mellem arbejdslivet og andet levet liv, er det i arbejdslivsforskningen en grundlæggende antagelse, at (løn) arbejdet om ikke determinerer, så i hvert fald har en så afgørende indflydelse på menneskers liv, at man ved at analysere på lønarbejdets vilkår og præmisser kan finde de væsentligste problemer og løsningsmuligheder i kampen for menneskelig lykke og velbefindende. Karl Marx anlagde en sådan ontologisk betragtningsmåde, dvs. den antagelse, at arbejdet er den mest fundamentale kategori for mennesket; grundlaget for at leve er arbejdet, fordi det er tvingende nødvendigt, at der arbejdes for at opfylde menneskets behov og skabe værdier. Derved bliver arbejdet det mest samfundskonstituerende element af alle; arbejdet bliver således dét, der definerer mennesket historisk (Marx, 1975). I dagens arbejdslivsforskning suppleres med forståelsen, at lønarbejdet ikke blot giver midler til livets opretholdelse, det får

også den funktion at være *meningen* med livet for mange. Man kan således hævde, at der i dag er et quasi-arbejdspladsmonopol på menneskets identitets- og selv-værdsdannelse (Husen, 1994; Thyssen, 1979;1984).

Der er således forskellige udgangspunkter for arbejdsmedicin og arbejdslivsforskning i tilgangen til hvor centrum er i kampen for menneskelig lykke og velbefindende: Skal lønarbejdet ses som en del af menneskets forbrugte tid på lige fod med anden forbrugt tid, og hvor alle faktorer af betydning for et godt liv i udgangspunktet kan sammenlignes ligeværdigt (arbejdsmedicin) eller er lønarbejdet med dets vilkår og præmisser så væsentligt, så arbejdslivsfaktorer overskygger betydningen af andre faktorer for et godt liv (arbejdslivsforskning)? Man kan argumentere for, at udgangspunkterne må og bør tilnærme sig hinanden, fordi der i dag fra begge sider er behov og mulighed for den fælles og dobbelte forståelse af arbejdslivet, at det på én gang er mindre farligt end nogensinde (den traditionelle arbejdsmedicins berettigelse som følge af det dårlige arbejdsmiljø, der skyldes røg, støj og møg er minimeret eller eksporteret til andre lande), mens arbejdslivet samtidig fortsat er konstituerende for ikke bare den sociale identitet, men faktisk også for sundhedstilstanden hos den enkelte. Og dvs. at der er et potentiale for at arbejde med et konsensusperspektiv på tværs af traditionelle forståelsesrammer og metodiske tilgange.

Hvad de metodiske tilgange angår, er der også en fællesnævner, idet den arbejdsmedicinske intervention på flere måder minder om store dele af sociologiens aktionsforskning, idet der er fokus på ændringsorienterede handlinger og forandringer for de mennesker, der indgår som mål for interventionen. En væsentlig forskel på den arbejdsmedicinske intervention og aktionsforskning er, at mens den arbejdsmedicinske intervention primært er orienteret mod individets tilpasning til arbejdsmarkedet, så er det typiske ændringsperspektiv i aktionsforskningen kollektiv og mere vidtrækkende end den enkeltes tilpasning. Dette gælder for den dominerende forståelse af aktionsforskning, som kan have meget forskellige videnskabsteoretiske udgangspunkter (positivisme, hermeneutik og kritisk teori), og være mangeartet i sin praksis, og tilsvarende kan ændringsperspektiverne være forskellige (Reason & Bradbury, 2002; Aagaard Nielsen, 2004).

Det skift fra diagnoseorientering til funktionsevne, der ligger i det fællesfaglige praksisfelt, rummer et større potentiale end ellers for borgeren for at blive individuelt hørt og få indflydelse på egen sag. Fra arbejdsmedicinen ses dette fx i den

store vægtning af selvvurderet helbred og selvvurderet funktionsevne, og også i ressourceprofilen står der – i hvert fald som en eksplicit målsætning – at der skal lægges vægt på borgerens egne ønsker og beskrivelser af sin kunnen. Den kommunale sagsbehandling er dog også forvaltnings- og magtudøvelse, hvorfor den sociale praksis langt fra altid er eller kan være imødekommende over for alle ønsker og vurderinger fra borgeren. Men potentialet er der. Hvad der synes at mangle, er en kobling til den sociologiske forskning, hvori der igennem flere årtier er fundet resultater der tyder på, at jo større indflydelse borgeren har på eget arbejdsliv, jo større tilfredshed er der med dette, og følgelig er der også et potentiale for færre sygedage (Rhodes & Steers, 1990).

Robert Karasek har sammen med Töres Theorell udviklet 'krav-kontrol modellen' (the demand-control model) (Karasek & Theorell, 1990), der i sin udbredelse er unik, fordi den er anvendt i lærebøger både inden for arbejdslivsforskning og arbejdsmedicin. Krav-kontrol modellen er senere suppleret med Siegrists 'anstrengelses-belønnings model' (the effort reward model) (Siegrist, 1996). De to modeller skal omtales her, da de er centrale i både den arbejdsmedicinske teori om det psykosociale arbejdsmiljø og inden for arbejdslivsforskningen. Det er derfor oplagt, at netop disse teorier udgør et bud på en del af det teoretiske, sociologiske grundlag, der synes at mangle i det sociale praksisfelt.

Hypotesen i Karaseks og Theorells krav kontrol model er, at en person der stilles over for store krav på arbejdspladsen, men med lille kontrol over arbejdsituationen, oplever belastning / stress ('strain'). Modellen bygger på, at det ved hjælp af spørgeskema er muligt at kvantificere den enkeltes opfattelse af arbejdets krav og muligheden for have kontrol over disse. Desuden måles graden af social støtte, som opnås fra kolleger eller overordnede. I flere studier er der påvist en signifikant sammenhæng mellem strain og manifest iskæmisk hjertesygdom (Siegrist et al 1990, Netterstrøm 1993).

Hypotesen i Siegrists anstrengelses-belønnings-model er, at en person opnår en høj grad af stress, hvis belønningen ikke modsvarer den anstrengelse, han / hun har gjort sig. Anstrengelses-belønnings-modellen har to centrale dimensioner:

- grad af anstrengelses-belønnings-ubalance (Effort Reward Imbalance, ERI, et ulige forhold mellem scoren for anstrengelse og scoren for belønning).
- grad af overforpligtelse

Personer vil acceptere ERI i tre situationer:

- 1) Hvis der ikke er andre job at få (personer med ingen eller ringe uddannelse og i perioder med lavkonjunktur).
- 2) Hvis man kan gennemskue, at belønning vil opnås senere (fx ansatte i en lav position med udsigt til forfremmelse inden for en kortere eller længere årrække).
- 3) Hvis man har et copingmønster, der er præget af overforpligtelse (overcommitment).

Den overforpligtede person kan ikke realistisk vurdere balancen mellem anstrengelse og belønning. Vedkommende tænker altid job og har dårlig samvittighed, hvis arbejdsopgaver må udskydes eller ikke udføres med høj kvalitet. Det er Siegrists hypotese, at man har øget sygdomsrisiko på baggrund af stress hvis man oplever ERI eller hvis man er overforpligtet. Effort Reward Imbalance hos en overforpligtet person er altså worst case (Siegrist, 1996).

Hvis krav-kontrol modellen og anstrengelses-belønnings modellen skal indgå som væsentlige dele af en fælles teoretisk forståelsesramme for det sociale og sundhedsmæssige felt (arbejdsfastholdelse og TTA), er det oplagt, at der i udviklingen og praksisafprøvningen af arbejdsfeltet i højere grad end hidtil skal knyttes arbejdspsykologer og erhvervs konsulenter, der i praksis kan arbejde med de problematikker, der knytter an til den enkeltes borgeres mindre heldige udfald i en af de to modeller, uanset om de praktiske løsningsmuligheder handler om individ- eller virksomhedstilpasning.

## 2.7 SOCIOLOGIEN MANGLER I TTA-PROJEKTERNE

De forudgående afsnit i dette kapitel to er en redegørelse for de grundlæggende forståelsesrammer, der ligger bag undersøgelsen. Da de metodologiske refleksioner har bidraget til et interessant fund, som har betydning for svarene på afhandlingens problemstillinger, skal der her kort opsummeres, hvori dette fund består, og hvilken betydning det kan have.

I afsnit 2.1 til 2.6 om forståelsesrammer er det afdækket, at der er store forskelle på de erkendelsesteoretiske udgangspunkter og perspektiver for henholdsvis arbejdsmedicinen og den del af sociologien, der beskæftiger sig med arbejdslivsforskning. Der er dog elementer af en fælles teoretisk forståelsesramme mellem arbejdsmedicin og sociologi og der er endda eksempler på fælles teori.

Den nye arbejdsmedicin mødes med det sociale praksisfelt omkring funktionsvevnebegrebet. Det praktiske fælles arbejde med tværfaglige interventioner i fastholdelses- og TTA-projekter har været i gang i mere end 10 år, og disse udbygges fortsat (fx i Det store danske TTA-projekt). På denne måde sker der en udvikling i samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle (læger, terapeuter, psykologer) på den ene side, og sociale arbejdere (socialrådgivere, socionomer o.a.) på den anden side. Men der sker på udviklingssiden ikke meget kobling til den sociologiske del, dvs. arbejdslivsforskningen og al den teoretiske viden, der er indeholdt i denne om sammenhænge mellem borgerens arbejdsliv, organiseringen af arbejdet, motivation m.m.; viden som ellers er oplagt i interventioner med et stort socialt element, og hvor der ofte tales om vigtigheden af inddragelse af arbejdspladsen.

Afhandlingens spørgsmål 3 og 4 er om barrierer for tværfaglighed og hvordan disse barrierer kan overvindes. Fundet her er, at den manglende kobling mellem den sociologiske teori og forskning, og den sundhedsfaglige ditto i design, implementering og udførelse af interventioner, i sig selv kan udgøre en barriere for mere tværfaglighed. At afdække årsagerne til den manglende kobling er ikke en del af problemstillingen her, men det kan konstateres, at der mangler forsknings- og interventionssamarbejde mellem læger og sociologer på dette område.

## 2.8 REFLEKSIONER OVER VALG AF METODE

I det arbejdsmedicinske forskningsprojekt, som denne undersøgelse bygger videre på, er der de første tre år anvendt kvantitative metoder til dataindsamlingen. Metoder, som har ligget inden for en sundhedsvidenskabelig, dvs. epidemiologisk forståelsesramme. Senere er dataindsamlingen suppleret med kvalitative metoder.

I præsentationer af og definitioner på kvalitativ metode fremstilles denne ofte som det modsatte af kvantitativ metode. Med en sådan dikotomisk fremstilling kan der opstilles en række forhold, hvor metoderne adskiller sig i formål, perspektiver, svartyper osv. Historisk er udviklingen af kvalitative metoder sket sideløbende med et forsvar for både nødvendigheden og videnskabeligheden af dem. I forlængelse heraf har der været trukket nogle skarpe fronter op for eller imod den ene eller den anden grundlæggende metode, så forskerne har befundet sig i enten den ene eller den anden lejr. (Tashakkori & Teddlie, 1998). Den engelske sociolog David Silverman advarer imod en skarp opdeling i kvantitative og kvalitative metoder.

Silverman giver tre grunde til, at det er uheldigt, når kvalitative forskere primært begrundet deres eget grundlæggende metodevalg ved at kritisere og fravælge kvantitativ forskning: 1) Når kvantitativ forskning gives prædikatet 'positivistisk', skal man være opmærksom på, at det er de færreste kvantitative forskere, der betragter sig selv som positiver – eller rimeligvis kan betragtes som sådanne. 2) Når kvantitativ forskning beskyldes for at være for rigid i sine standarder for god forskning, slår det tilbage på den kvalitative forsker selv, da der langt fra er generel enighed om eller fælles standarder for, hvad der er god kvalitativ forskning. 3) Kvantitativ og kvalitativ forskning skal ikke ses som modpoler, men tværtimod som komplementær metodologi i et empirisk paradigme (Silverman, 1993).

En selvforståelse som det modsatte af kvantitativ forskning kan have været medvirkende til, at svagheder i kvalitativ forskning har været undervurderet fordi enhver svaghed har kunnet afvises med henvisning til, at der netop ikke er tale om kvantitativ metode. Eller som den danske sociolog Bolette Christensen udtrykker det, så er det underforståede argument, at kvalitative studier udgør en "virkelighedens tale" og som alene derfor af mange kvalitative forskere opfattes som legitimt og begrundet. Men som Christensen også anfører, så er systematisk analyse og dokumentation i de mange kvalitative forskningsrapporter, hun har læst gennem årene, stort set negligeret (Christensen, 1995). I en senere og mere systematisk undersøgelse af dansk kvalitativ interviewforskning, konkluderer Henning Olsen, at det er et gennemgående problem, at undersøgelserne generelt savner analysestrategisk transparens samt kriterier for kontrol eller validering af analyseresultater (Olsen, 2002:85). En anden kritik af kvalitative undersøgelser går på at de er 'selvfede', når det hævdes, at kvalitative tilgange er kvantitative tilgange overlegne fordi de er mere progressive. Denne forestilling ("the qualitative progressivity myth") er overbevisende afdækket af Steinar Kvale og Svend Brinkmann (Brinkmann & Kvale 2005).

### *En ekskurs om mine forforståelser og erfaringer med metodevalg*

Min erfaring er, at der med et grundlæggende valg af metode, foretaget på forhånd, er dårligere mulighed for at lave gode undersøgelser. Afgørende for metodevalget bør være problemstillingen og hvad det er for typer af erkendelser og hvilke spørgsmål, der søges besvaret. Man kan sige, at det handler om at finde en eller flere adækvate metoder til den konkrete problemstilling. Men selv når det er tilfældet, kan undersøgelser metodisk udføres med stor forskel i kvaliteten. Dette kan skyldes mange forhold; hvoraf den måske vigtigste er individuelle forskelle

i forskernes dygtighed, lige fra tilrettelæggelsen af undersøgelsen over gennemførelsen til formidlingen. Min erfaring fra Projekt arbejdsfastholdelse var, at vi måtte erkende, at den kvantitative dataindsamling langt fra kunne give svar på de spørgsmål, der viste sig at være mest interessante. Den kvantitative dataindsamling var ikke dårlig, men den var ikke tilstrækkelig i forhold til de problemstillinger, der viste sig også at være. Min forforståelse er derfor også, at forskeren med fordel i nogle tilfælde kan supplere med forskellige typer dataindsamling, så der opnås en mere komplet viden.

Den franske sociolog Edgar Morin har beskrevet en række fælder ved for ensidige valg af erkendelsesteoretiske udgangspunkter:

*Figur 2: The Dialogic of Knowledge and its Pitfall*

Subjectivism	Comprehension/explanation	Objectivism
Unintelligibility	Concrete/abstract	Disincarnation
Subjectivism	Participation/detachment	Incomprehension
Arbitrariness	Analogic/logic	No creativity
Arbitrariness	Imagination/verification	No invention
Drifting	Uncertainty/certainty	Dogmatism
Confusion	Blurring/precision	Abstract rigidity

*(Askegaard & Linnet 2010 (excerpt fra Morin 1986, La connaissance de la connaissance p. 184))*

I venstre og højre side af figuren vises de (sammenhørende sæt af) erkendelsesteoretiske fælder man som forsker kan havne i uden anvendelse af en eller anden form for triangulering. Morin mener, at erkendelse næppe nogensinde kan have et fast fundament eller bygge på sikker viden, og at al erkendelse må bygge på mangfoldige kilder (eller erkendelsesteoretiske udgangspunkter), fordi disse hver især aldrig kan siges at være absolut sikre eller sande.

Traditionelle kvantitativt orienterede sundhedsvidenskabelige undersøgelser vil tendere imod de fælder, der er vist i figurens højre kolonne. Omvendt kan studier, der primært bygger på kvalitative interviewmetoder, risikere at havne i de fælder, der er vist i figurens venstre kolonne.

I denne undersøgelse søges Morins fælder undgået ved anvendelse af både kvantitative og kvalitative data og dermed benyttelse af en form for triangulering,

der bygger på komplementær viden fra den klassiske arbejds epidemiologi, den kvalitative interviewforskning, samt fra et fremtidsværksted, der kan knyttes til aktionsforskning.

Typer af triangulering:

1. Data triangulation. The use of a variety of data sources in a study
  2. Investigator triangulation. The use of several different researchers or evaluators.
  3. Theory triangulation. The use of multiple perspectives to interpret a single set of data.
  4. Methodological triangulation. The use of multiple methods to study a single problem.
- (Janesick, 2003)

I denne undersøgelse benyttes datatriangulering, teoritriangulering og metodologisk triangulering, hvor der søges en ny tredje position ved kombination af to grundlæggende forskellige erkendelsesteoretiske udgangspunkter. De kvantitative benyttes metoder til at fastslå omfanget af nogle problemer og sammenhænge, mens de kvalitative metoder benyttes til at forklare de bagvedliggende årsager og mekanismer. Og endelig benyttes et fremtidsværksted til med et ændringsorienteret perspektiv at se på praktiske handlemuligheder og mulige fælles forståelser mellem aktørerne i genstandsfeltet.<sup>6</sup>

## 2.9 DATAINDSAMLINGSMETODERNE I MINE UNDERSØGELSER

Vægten af beskrivelsen af de konkrete anvendte metoder er på de kvalitative interview, og dernæst fremtidsværkstedet jævnfør vægtningen af denne afhandlings undersøgelsesperspektiv, der primært er sociologisk. Derfor omtales de kvantitative metoder her kun kort. For en uddybning henvises til evalueringen. Den arbejdsmedicinske intervention er i sig selv en anvendt metode. Interventionen omtales uddybende i det indledende kapitel 1 i evalueringen, hvor baggrunden for Projekt arbejdsfastholdelse beskrives.



### 2.9.1 De kvantitative metoder

Der er indsamlet en række stamdata (navn, alder, køn, primær årsag til fravær m.m.) om ca. 10.000 langtidssygemeldte borgere i seks kommuner. De samme ca. 10.000 langtidssygemeldte borgere har fået tilsendt et spørgeskema om deres helbred, sociale forhold og arbejdsmarkedssituation. Der er udsendt rykkere og foretaget opfølgende telefoninterview på ikke-svar. Der er indhentet oplysninger om primær offentlig forsørgelsesindkomst opgjort pr. uge på CPR-niveau for de langtidssygemeldte borgere. De indhentede data blev oparbejdet i en database. Der blev herefter anvendt en Proportional Hazard Cox regressionsmodel til at vurdere forskellen i tid til tilbagevenden til arbejde mellem dem, der var henvist til interventionen, og dem, der ikke var, kontrolleret for en række baggrundsfaktorer. Der er desuden opstillet en deskriptiv statistik for fordelingen af en lang række variable.

### 2.9.2 De kvalitative interview

20 langtidssygemeldte borgere fra de fire deltagerkommuner blev ved semistrukturerede interview i foråret og sommeren 2007 spurgt om deres arbejdslivs- og sygehistorie, samt deres sagsforløb i kommunen. Borgerne blev med åbne spørgsmål blandt andet spurgt om, hvem eller hvad der bestemmer i sygedagpengesager, samt om prioriteringen af borgerens sag. Ved udvælgelse til interview blev i alt 94 tilfældigt udvalgte borgere tilbudt at være med, og af disse blev de første 20, der svarede positivt tilbage, udvalgt til deltagelse.

Ligeledes er der ved semistrukturerede, individuelle og godkendte interview i sommeren og efteråret 2007 interviewet 22 sagsbehandlere, der arbejder med sygedagpengesager. Sagsbehandlerne blev med åbne spørgsmål blandt andet spurgt om hvordan sager prioriteres / visiteres og om graden af selvstændighed i arbejdet og arbejdstilrettelæggelsen.

Invitationerne til deltagelse i interview og spørgeguider kan ses som bilag 3.

Der er yderligere, i andet halvår af 2007, udført semistrukturerede, individuelle og godkendte interview med tre arbejdsmedicinere, som alle har erfaring med arbejdsfasholdelse. Fra disse interview anvendes udelukkende nogle citater som inspiration i afsnit 2.3 om arbejdsmedicinens nye arbejdsfelt.

### 2.9.3 Overvejelser ved tilrettelæggelsen af de kvalitative interview

Ved tilrettelæggelsen af de kvalitative interview var det vigtigt at metoden bedst muligt kunne give svar på problemstillingen, samtidig med, at undersøgelsen skulle kunne formidles så transparent som muligt. Dette førte til en metodisk nyudvikling i form af 'Det Individuelle Fokuserede Interview' (herefter benævnt TIFI), som er uddybende beskrevet i artiklen 'The Individually Focused Interview – methodological quality without transcriptions'.

I forhold til problemstillingen var behovet var en dataindsamling, der ikke blot kunne forklare adfærdsforskelle på gruppe-(dvs. kommune-)niveau, men også adfærdsforskelle mellem de enkelte sagsbehandlere. Samtidig var der et behov for at afdække hvilke typer af konkrete problemstillinger, hvor forskellene viste sig. Til det formål måtte de andre hovedaktører i sygedagpengesager, dvs. langtidssygemeldte borgere, inddrages, da det er dem, der først og fremmest påvirkes af sagsbehandlingen. Spørgsmålet var da, hvor mange sygedagpengesagsbehandlere og langtidssygemeldte borgere, der skulle indgå i interview før der var et tilstrækkeligt vidensgrundlag? Langtidssygemeldte borgerne udgør en heterogen gruppe. Der er forskelle i køn, alder, sygdomsårsag, uddannelsesbaggrund m.m. Hver enkelt borger har sin unikke forudgående arbejdslivs- og sygdomshistorie og individuelle fremtidsudsigter både arbejdsmarkedsmæssigt og sygdomsmæssigt. Der er altså ikke meget der binder gruppen af langtidssygemeldte sammen udover, at de modtager sygedagpenge og at de i forbindelse med den kommunale sagsbehandling i nogen grad støder på problemer, der minder om hinanden. For at sikre en tilstrækkelig bredde i dataindsamlingen, var det således nødvendigt at komme op på væsentligt flere end de 5-10 deltagere, der er typisk ved undersøgelser, hvor kvalitative forskningsinterview anvendes, og hvor undersøgeren er alene om at foretage interviewene. Interviewene var individuelle. Fokusgruppeinterview kunne være valgt, men disse ville ikke lige så godt sikre en jævn bredde af udsagn om problemer, idet der under fokusgruppeinterview er risiko for asymmetriske magtforhold deltagerne imellem, hvilket kan vise sig ved dominans og væsentlige forskelle i taletid. Dette er ikke et problem, hvis man skal afprøve og udvikle holdninger i en gruppe. Men hvor formålet blandt andet er at afdække bredden i udsagn, vil det være en fordel med lige meget tid til hver interviewperson (herefter benævnt IP). Med fokusgruppeinterview kunne der desuden komme en skævvridning af materialet, fordi det kan være svært at samle folk med forskellige arbejdstider og forskellig arbejdsmarkedstillknytning på samme tidspunkt (hvilket fx kunne have

medført, at kun arbejdsløse kunne deltage i interview). Individuelle interview kan derimod planlægges tidsmæssigt mere fleksibelt.

#### 2.9.4 Det individuelle fokusinterview

I det efterfølgende refereres metoden i de udførte interviewrækker, idet der henvises til såvel evalueringen og, især, artiklen 'The Individually Focused Interview – methodological quality without transcriptions'. Herunder gengives især hvad der adskiller The Individually Focused Interview (herefter TIFI) fra den gold standard for det kvalitative forskningsinterview, som er beskrevet af Steinar Kvale (Kvale, 1997).

Det individuelle fokusinterview forudsætter en meget grundig introduktion til interview og metode, både forudgående skriftligt, opfølgende telefonisk, og som repetition umiddelbart inden interviewet påbegyndes. Ved introduktionen lægges særligt vægt på, at IP'en er gjort bevidst om sin rolle som ikke bare producent af data, men også som co-producent af kondenserede meningsudsagn.

Interviewene var semistrukturerede og tematiserede med undertemaer og 2-4 konkrete spørgsmål til hvert undertema. Spørgsmålene blev fulgt op med uddybende, åbne spørgsmål. Der blev fra interviewers side lagt stor vægt på ikke at stille ledende spørgsmål, og at uddybninger var et resultat af åbne spørgsmål, fx "Hvad mener du med det?", "Kan du uddybe det?" eller "Kan du give nogle eksempler?"

Den interviewedes udsagn blev af interviewer skrevet ned i stikordsform, fortrinsvis med brug af den interviewedes egne ord og vendinger. I nogle tilfælde blev hele citater nedskrevet, hvis der var enighed om, at formuleringen var en præcis og rammende om temaet. Udsagn, der af interviewer vurderedes at være helt uden for temaet, noteredes ikke (fx en reference til vejret den pågældende dag). Interviewer var opmærksom på ikke at udelukke analogiserende udsagn, der umiddelbart kunne forekomme at være uden for temaet, men som dog kunne relatere til temaet.

Umiddelbart efter interviewet blev noterne (typisk 3-6 sider) renskrevet på i et tekstbehandlingsprogram. Herefter fyldte noterne, der nu havde form af kondenserede meningsudsagn, typisk to A4-sider. Alle IP'erne fik senest fra to dage

efter en to ugers frist til at kommentere de to siders udsagn, endnu engang med besked om, at rettelser var meget velkomne, hvis de nedskrevne udsagn ikke var helt korrekte, blev fortrudt eller skulle uddybes. På denne måde blev alle interview, undtagen to, godkendte af IP'en, og der var rettelser fra mere end halvdelen af IP'erne. De to sidste IP'er blev efter to uger kontaktet med besked om at deres interview ville blive betragtet som godkendt, hvis de ikke vendte tilbage.

De to umiddelbare store forskelle på TIFI og gold standard for det kvalitative forskningsinterview er dels, at man i TIFI ikke transskriberer lydoptagelsen, og dels at IP'en ses som medproducent af data, også den første meningskondenserede udgave af interviewet. I realiteten kombineres det semistrukturerede forskningsinterview med etnografiske feltnoter, der dog, modsat standarden inden for etnografisk metode, her underlægges interviewpersonernes valideringer.

Fordelen ved TIFI er, at man meget hurtigt, i mit tilfælde, senest to uger efter hvert gennemført interview, har en ikke bare valideret (i den forstand at den er godkendt af IP'en), men også en forkortet og meningskondenseret tekst, der analytisk er nemmere tilgængelig end udskrifter af lydoptagelser. Efter de i alt 42 interview ca. 90 siders meningskondenseret tekst, til forskel fra de måske op imod 1.000 sider, som en transskribering kunne have medført. I bilag 8 og 9 ses et eksempel på, hvordan det samme interview ser ud på skrift efter henholdsvis en typisk transskribering og efter brug af TIFI. I bilag 10 ses en kort sammenligning mellem de to måder at interviewe på, på udvalgte områder.

En oplagt kritik af TIFI går på, at det giver en mindre dybdegående analyse at droppe transskriberingen. På den anden side er der forhold, der taler for, at der med brug af TIFI ikke er problemer i forhold til hverken reliabilitet, validitet og transparens. For en uddybning af dette, henvises til artiklen om TIFI. Her skal fremhæves, at når man benytter transskribering, begrænser dette i sig selv normalt antallet af interview således, at det meget ofte ikke er muligt at udsige noget tendentielt eller se mønstre i IP'ernes udsagn. Netop muligheden for dette har stået centralt i metodevalget i forhold til den problemstilling, som denne undersøgelse har. Det har ikke været et formål at afdække psykologiske, socialpsykologiske eller magtmæssige aspekter i sagsbehandler-borger relationen, som mere dybdegående interview og lange udskrifter af relativt få interview muligvis bedre ville kunne understøtte udførelsen af. Formålet har været at afdække, hvordan forskelle i sagsbehandlingspraksis viser sig konkret, og at kunne udsige noget om, hvordan

dette indvirker på muligheden for den gode sagsbehandling i et ændringsorienteret perspektiv. Med en sådan type problemstilling har det været nyttigt at kunne indsamle udsagn fra en relativt stor mængde borgere og sagsbehandlere.

Analysen i TIFI kan sammenlignes med dataanalysen i grounded theory (jf. Strauss & Corbin, 1998). I analysen af interviewene er der således anvendt en trinvis metode, hvor alle kondenserede udsagn indplaceres først i meningskategorier, og dernæst i holdningskategorier (overvejende positive udsagn, overvejende negative udsagn eller hverken / eller). Slutteligt omgrupperes kategorierne, så de giver svar på spørgsmål / hypoteser. En skabelon for denne trinvis metode kan ses som bilag 6. I bilag 7 kan ses hvordan der er arbejdet med teksten i trinene 1-4, der kan opfattes som de væsentligste trin af de skabelonens i alt 10 trin.

Ved fortolkningen af borgernes udsagn kan man stille spørgsmålet, om en borger altid fortæller sandt og nuanceret om sit forløb og sin situation? Underforstået, at de svar, der gengives fra borgerne, kan give et skævt billede og danne grundlag for en urimelig kritik af nogle forhold i sagsbehandlingen. Fortolkningsmæssigt kan der meget vel være tale om, at nogle borgere har lagt mere vægt på at fortælle om bestemte forhold i deres sygefraværsløb, der fremstiller dem selv i et gunstigt lys, ligesom forhold, der er mindre heldige for borgeren, kan være udeladt. At dette kan forekomme, kan man kalde en socialpsykologisk grundregel, som principielt kan gælde i enhver dialog, hvor en person skal fortælle noget om sig selv og et forudgående forløb, til en anden person. Fortolkningsmæssigt kan man kalde det prestigebias (Kruse, 1996). Der kan også være bias som følge af direkte løgnagtige svar, eller borgeren kan have glemt konkret viden om hvad der spørges om, kan huske forkert, kan have misforstået spørgsmålet eller kan have misforstået situationer eller forhold, der spørges om. Og endelig kan svar være en tilpasning til hvad borgeren tror der forventes af ham eller hende, ligesom der kan være strukturelle og sproglige grænser for hvad der kan udtrykkes (Olsén & Nielsen, 1982). I tilfældet med sygedagpengesager kan der ydermere være en skævhed i udsagnene afhængig af sygedagpengesagens udfald, dvs, at den borger, der har fået en senere afgørelse imod sig, i forbindelse med interviewet efterrationaliserer, at sagsbehandlingen var dårlig og vice versa. Sådanne former for bias har dog ikke påvirket resultaterne i denne undersøgelse væsentligt, fordi borgerne er blevet spurgt ved åbne spørgsmål og individuelt, samt det forhold, at de her fremhævede konkrete oplevede problemer ved sagsbehandlingen bygger på, hvad IP'en har nævnt uafhængigt af hvad andre borgere har sagt. Når der er tilstrækkeligt mange,

fx 6-8 borgere ud af 20 interviewede, der nævner de samme oplevede problematikker, så er det mindre sandsynligt, at der er tale om en af ovenstående former for bias, der vil nok snarere være tale om et mønster, en tendens.

### 2.9.5 Fremtidsværkstedet

Den 19. november 2007 blev der afholdt et fremtidsværksted med temaet: 'Den gode sagsbehandling ved langtidssygdom og nedsat erhvervsevne.' Ved værkstedet deltog elleve sagsbehandlere, fire borgere, en arbejdsmedicinsk speciallæge og tre facilitatorer (forskere). Deltagerne på fremtidsværkstedet blev fundet blandt interesserede interviewpersoner, der på denne måde fik mulighed for at arbejde videre med allerede nævnte problematikker fra interviewene.

Metodisk blev fremtidsværkstedet afholdt efter Robert Jungks og Norbert Müllerts principper (Jungk & Müllert, 1984), dvs. med en kritikfase, en utopifase og en virkeliggørelsesfase. Som oplæg til værkstedet forelå et problemkatalog udarbejdet med udgangspunkt i udsagn fra interviewene. Dette blev på værkstedet præsenteret og suppleret med yderligere problemer. På denne måde blev kritikfasen afkortet i forhold til det typiske tidsforbrug i fremtidsværksteder. Der foreligger en intern protokol på 20 sider. En anonymiseret udgave af protokollen kan ses som bilag 5. I denne evaluering bidrager protokollen, sammen med resultaterne fra interviewene, til de her skitserede scenarier for 'Den gode sagsbehandling.'

Fremtidsværkstedet kan siges at være en metode eller platform, der har et potentiale for at kunne rumme det epidemiologiske, sociologiske og praktiske, samt det kvantitative og det kvalitative på én gang. Fremtidsværkstedet formåede således at bygge bro mellem forskellige perspektiver, og kan med sit ændrings- og fremtidsorienterede sigte udgøre et fælles tredje, hvor der ikke er tale om en 'kamp' mellem forskellige forståelser, men tværtimod er tale om etablering af en fælles forståelse og fælles læring i problemfeltet.

# Teorier i socialt arbejde og på sygedagpengeområdet

I dette kapitel præsenteres forskningsområdet socialt arbejde, især med fokus på det seneste årtis forskning, og herunder forskning relateret til sygedagpengeområdet. Formålet med kapitlet er at præsentere centrale hovedproblemstillinger inden for forskningsområdet socialt arbejde og at argumentere for, hvori det nye i undersøgelsen består i forhold til den foreliggende viden. Afsnittene 3.2, 3.3 og 3.4 kan siges at udgøre et samlet review af den teori, der præsenteres i artiklerne ”Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt...” og ”Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen?” Afsnittene 3.1 og 3.5 er derimod nyskrevne til denne sammenfatning.

## 3.1 SOCIALT ARBEJDE SOM HISTORISK FÆNOMEN

‘Socialt arbejde’ er en organiseret og formaliseret understøttelse af menneskers levevilkår på nogle konkrete områder, hvor der er defineret nogle sociale behov. Med denne definition har socialt arbejde været udført i mindst et par hundrede år som fattigomsorgsarbejde, velgørenhedsarbejde, hjælpearbejde, barmhjertighedsarbejde og redningsarbejde. Det samlende begreb ‘socialt arbejde’ har sine tidligste rødder i begyndelsen af de 20. århundrede, hvor der i fx Sverige langsomt begyndte organiseringer og kom rammer i form af lovgivning, der skulle understøtte det sociale arbejde. (Meeuwisse & Swärd, 2007).

Udviklingen i det sociale arbejde i de fleste vesteuropæiske lande kan kendetegnes ved:

- At det har været praktiseret i århundreder.
- At denne praksis, især i det 19. og 20. århundrede, i stigende grad er blevet formaliseret og organiseret igennem private initiativer (ud fra filantropiske, religiøse o.a. motiver).
- At den private organiserings sociale arbejde i stigende grad anerkendes og i nogen

grad overtages af staten og formaliseres institutionelt. Dette gælder fra omkring århundredeskiftet 1900.

-Det offentligt udførte, institutionelle arbejde præges af en stigende grad af specialisering og professionalisering. Udviklingen tager især fart i 1960-1970'erne.

-Med det offentligt udførte sociale arbejde begynder en udvikling, hvor det sociale arbejde går fra at være et socialt kald til at være socialt (løn-)arbejde (Meeuwisse & Swärd, 2007:26-29).

Udviklingen i det sociale arbejde i 1960'erne og 1970'erne var især præget af velfærdsstatens udvikling. Samtidig begyndte en udvikling, der ikke før var set i vestlige samfund, nemlig en stigende andel af befolkningen, der var på permanent overførselsindkomst; en andel, der er vokset lige siden, og som i Danmark i dag udgør op over 750.000 mennesker (Larsen & Møller, 2004)<sup>7</sup>. Dertil kommer, at enhver borger, uanset selvforsørgelse, jævnligt kan komme i kontakt med offentlige myndigheder, der udfører socialt arbejde.

### 3.2 FORSKNINGSSOMRÅDET SOCIALT ARBEJDE

Socialt arbejde er i dag i de fleste vesteuropæiske lande helt overvejende domineret af offentlige indsatser, selvom der fortsat også foregår meget frivilligt socialt arbejde. Forskningen i socialt arbejde er da også helt overvejende domineret af fokus på det sociale arbejde i offentligt, institutionelt regi (Meeuwisse & Swärd, 2007).

Forskningsområdet socialt arbejde tager sit udgangspunkt i et praksisfelt og trækker på flere fagområders forskning og teoriapparater, især fra sociologi, men også fra psykologi, pædagogik, socialantropologi og jura. Inden for forskningsområdet socialt arbejde er der således relativt sparsomt med selvstændig teori, og det kan være lidt flydende om forskeren, der ser på socialt arbejde, selv benævner det som forskning inden for feltet socialt arbejde, og ikke blot som almindelig sociologisk forskning (Meeuwisse & Swärd, 2007).

### 3.3 NOGLE FOKUSPUNKTER I FORSKNINGEN

Meget af den nyere forskning (Villadsen, 2004; Johansson, 2007) er fokuseret på det afgrænsede genstandsfelt, der handler om relationen mellem borgeren som



klient eller patient over for den professionelle social- eller sundhedsarbejder. Heraf har nogle forskere særlig fokus på magtaspektet og mulighederne for at udføre det gode sociale arbejde på trods af ulige magtforhold i borger-professionel-relatio- nen (Sennett, 2003; Swärd & Starrin, 2007:240-258, Lundstrøm & Sunesson, 2007:175-177), mens andre forskere lægger særligt vægt på stigmatiseringsproces- ser (Järvinen & Mik-Meyer, 2003; Olsen, 2005).

Centrale forskningsproblemer i socialt arbejde har kredset om teori over for praksis og om hvordan viden om socialt arbejde tilegnes og forstås. Man kan sige, at der er en latent konflikt mellem den teoretiske viden om hvordan man bør og skal gøre, over for den mere erfaringsbaserede praksisviden (Brante, 2003:175; Eliasson-Lappalainen, 2007:319-335). Dette problem er blevet beskrevet som at sagsbehand- lerkulturen er en kultur med en generel modstand eller skepsis over for formaliseret viden (Bergmark & Lundström, 2007). Thomas Brante fremhæver, at årsagen hertil ikke blot er en sagsbehandlarkultur, men mere generelt, at det sociale arbejdes praksis er underlagt de velfærdsstatsprofessionelles rationalitet, dvs. underlagt love, regler og egne reproducerende praksisser, mens teorien er underlagt videnskabelige krav om systematik, kohærens og transparens (Brante, 2003:174-175).

Et andet forskningsspor går på at problematisere forskellene på at forstå, forklare og intervenere og således at diskutere forskningsområdets rolle: Skal forskeren bidrage til at ændre den sociale virkelighed, skal man forstå den eller blot beskrive den? Og hvad er egentlig god videnskab i den forbindelse? (Eliasson-Lappalainen, 2007:328-335). Herunder udfoldes klassiske sociologiske diskussioner om objek- tivitet og subjektivitet.

De fremherskende teorier knyttet til det sociale arbejde har ændret sig over tid. Ifølge Bergmark og Lundström er der en tendens til ”...at forlade den ene metode til fordel for den anden uden nogen grundig diskussion af konsekvenserne” (Berg- mark & Lundström, 2007:172). Og de anfører, at der inden for forskningen ikke i synderlig grad er arbejdet med en kumulativ vidensudvikling. Dette knyttes til, at der savnes fælles distinkte begreber til at dokumentere og analysere indholdet af praksis, samt at store dele af litteraturen bygger på forestillinger om, hvordan det sociale arbejde burde være, i stedet for at betone det praktiske sociale arbejde. Dette kan formentlig også tilskrives områdets tværdisciplinære natur, foruden at de sociale systemer som genstandsfelt er organiseret meget forskelligt i forskellige lande. Den nordiske velfærdsmodel med dennes form for institutionalisering af

det sociale arbejde er noget anderledes skruet sammen end det amerikanske sociale system, som meget anvendt litteratur baserer sig på.

På grund af det sociale arbejdets tværdisciplinære natur kan det være svært at få øje på det eller de centrale værk(er) inden for forskningsområdet. Men nogle af de her refererede forskere og værker kan siges at være centrale. Herunder kan fremhæves ”Socialt arbejde – en grundbog” redigeret af Anna Meeuwisse, Sune Sunesson og Hans Swärd, som vel er et af de første – og mest gennemarbejdede – nordiske forsøg på at give en bred grundlæggende præsentation af forskningsområdet (Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2007). Fra Sverige kan også fremhæves Thomas Brante, der med sin ’kausale realisme’ (Brante, 1997), argumenterer for, at sociale problemer er konkrete og objektive, hvorfor det er disse, der skal afdækkes (modsat en konstruktivistisk tilgang). På dansk kan fremhæves Kasper Villadsens ”Det sociale arbejdes genealogi” (Villadsen, 2004), der sætter det sociale arbejde ind i en historisk kontekst. På engelsk kan fremhæves Richard Sennetts ”Respekt i en verden af ulighed” (Sennett, 2003), der med et socialfilosofisk perspektiv analyserer historiske udviklinger i magtforholdet i socialarbejder-borger. Som et aktuelt dansk bud en grundbog i socialt arbejde, der sætter kritisk fokus på meget af den anvendelsesorienterede forskning i socialt arbejde og argumenterer for mere tværdisciplinære tilgange og perspektiver, kan fremhæves Jens Guldagers og Morten Ejrnæs’ ”Forklaringer og helhedssyn” (Ejrnæs & Guldager, 2008).

I tråd med Sennett, ser Järvinen og Mik-Meyer det som et hastigt voksende forskningsområde inden for socialt arbejde at fokusere på, hvordan sociale institutioners organisering påvirker forholdet mellem socialarbejdere og klienter. Det er Järvinen og Mik-Meyers overordnede tese, at det sagsbehandlende niveau kan fastholde og ligefrem skabe klienter ud af ellers velfungerende borgere, blandt andet fordi sagsbehandlere arbejder autonomt, da de er de eneste, der normalt er i direkte kontakt med borgeren (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

Richard Sennett spørger, hvordan socialarbejderen og den sociale klient kan opretholde et gensidigt respektfuldt forhold selvom forholdet som udgangspunkt ikke er lige (fordi socialarbejderen har ’magten’ – kan indstille til afgørelser, der er ubehagelige for klienten). Sennett spørger, hvordan man overskrider ulighedens grænser med den gensidige respekt i behold? Hans egne svar er bl.a. at pege på det indfølelse interview / den gode samtale, hvor den spørgende part går direkte til de følsomme emner og netop derigennem kan formå at opretholde respekten,

idet begge parter, også den udspurgte, udmærket er bevidst om både roller og magt i situationen (Sennett, 2003).

### 3.4 FORSKNING I SOCIALT ARBEJDE RELATERET TIL SYGEDAGPENGEOMRÅDET

Sygedagpengeområdet i Danmark er et praksisfelt, der er vokset betydeligt i omfang de seneste 10-15 år. Tidligere var området stort set en udbetalingsfunktion for borgere, der af læger var forsynet med denne eller hin diagnose. I dag er det anderledes. Flere reformer af social- og arbejdsmarkedslovgivningen forpligter nu kommunerne til at følge op, ikke blot over for borgere, der kan have behov for revalidering, fleksjob eller førtidspension, men også over for enhver langtidssygemeldt borger eller blot borgere, der blot er i risiko for at blive langtidssygemeldte. Samtidig er det i lovgrundlaget i dag formuleret, at det ikke er borgerens diagnose, der skal være i fokus i sagsbehandlingen, men i stedet borgerens samlede funktionsevne, som formodes at kunne afdækkes bedst af en socialfagligt uddannet person. Således er sygedagpengeområdet kommet til at ligne andre sociale forvaltningsområder såsom familie- og børneområdet, misbrugsområdet og kontanthjælpsområdet, hvor den centrale fagperson er en socialarbejder, der træffer socialfaglige afgørelser.

Forskningen på sygedagpengeområdet er relativt sparsom. Det skyldes blandt andet, at området, jævnfør ovenstående, i en forskermæssig forstand først de senere år er blevet socialt arbejde. Den første forskning inden for sygedagpengeområdet blev foretaget af især arbejdsmedicinske og socialmedicinske klinikker, der de seneste 10-15 år har lavet arbejdsfastholdelsesprojekter i samarbejde med en række kommuner (se en oversigt over disse projekter i Mortensen et al, 2008). Disse projekter har været sundhedsvidenskabeligt designet og kan mere præcist kaldes forskning i sygefravær. Når forskningen alligevel skal nævnes her skyldes det, at det i flere af projekterne ikke bare konkluderes, at forskning på området kræver en bedre indsigt i, hvad det er, der foregår i de kommunale forvaltninger. Flere af de afrapporterede projekter er også blevet suppleret med kvalitative elementer og analyser hentet fra socialvidenskab (Hansen & Juul, 2000; Høgelund, Filges & Jensen, 2003; Rasmussen et al, 2004; Mortensen, Bang & Ebbenhøj, 2007).

Den socialvidenskabelige forskning, der de senere år har sat fokus på og hentet empiri fra sygedagpengeområdet, er domineret af antropologiske eller socialkon-

struktivistiske perspektiver (Andersen & Ahrenkiel, 2003; Bjerger & Selmer, 2007; Fisker et al, 2008).

I forskningen er det en efterhånden velbeskrevet problemstilling, at loven langt fra altid overholdes. Det er formuleret som en undren over *”at gode viljer og etisk bevidst social lovgivning tilsyneladende ikke slår igennem i praktisk socialt arbejde.”* (Høilund & Juul, 2005:11). Steffen Bohni Nielsen og Lars Uggerhøj fremhæver behandlingsidealets forrang for juraen, der lider under to store problemer: 1) At den ikke formår at tage hensyn til de komplekse og differentierede problemstillinger, socialarbejderne står over for. 2) At juraen er et element, der er med til at øge administrationen (Nielsen & Uggerhøj, 2005). Idamarie Leth Svendsen fremhæver, at de retlige krav, der stilles til socialarbejderen i dag, er kendetegnet ved: 1) En større orientering mod inddragelse af borgeren i bestemte processer. 2) At dette er udtryk for en ny måde at styre på. 3) At det retlige sprog fortsat er i overensstemmelse med en gammeldags magtform (Svendsen, 2005).

Andre forskere, der har set på sygedagpengeområdet, sætter fokus på mødet mellem borger og socialarbejder, og analyserer derudfra magtforhold og fordomme i borger-socialarbejderrelationen (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Ud fra denne socialantropologiske forskning er det en implicit pointe, at sagsbehandlingen har sin egen kultur og normer, der så i praksis ofte vil overtrumfe formelle krav som for eksempel lovgivning.

Peter Høilund og Søren Juul præsenterer i deres bog *”Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde”* en argumentation for, at sociale sagsbehandlingsområder, også sygedagpengesager, er underlagt nogle økonomisk-politiske styringsparadigmer, der har overtaget over for etiske og retlige normer. Høilund og Juul prøver at operationalisere Axel Honneths teori om tre forskellige anerkendelsesbehov, hvor man kan efterprøve anerkendelse – eller mangel på samme – ved at se efter det modsatte, nemlig empirisk efterprøvbare krænkelserfaringer. Høilund og Juul konstaterer, at alle deres interviewpersoner er blevet krænkede i deres sagsforløb (Høilund & Juul, 2005).

Nogle forskere stiller spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er relevant at efterprøve i hvor høj grad borgere er blevet anerkendt eller krænkede. Dorthe Caswell og Mathilde Høybye-Mortensen er således skeptiske over for Høilunds og Juuls antagne sammenhæng mellem borgerens subjektive krænkelserfaringer og den

manglende anerkendelse og dømmekraft i systemet. For med et socialfilosofisk perspektiv kan man spørge om en borger overhovedet have en forventning om at blive respekteret og anerkendt i institutionel forstand? (Caswell & Høybye-Mortensen, 2005). Ole Thyssen og Henrik Dahl påpeger i deres bog ”Krigeren, borgeren og taberen”, at en borger med sociale behov, der møder institutionen, slet ikke kan forvente respekt eller anerkendelse fra institutionen som sådan. Kun de mennesker, borgeren møder, vil kunne udvise anerkendelse, og kun som mellem menneskelig anerkendelse – såfremt den anden person vil udvise den ud fra sine private kriterier hentet fra den private sfære (Thyssen & Dahl, 2006).

Nogle forskere har afdækket individuelle forskelle i sagsbehandlingen og lovudlægningen i samme typer sager (Egelund, 2004; Skogens, 2005; Flensted-Jensen, 2005). Forskellene optræder endda uafhængigt af faggruppe og arbejdssted (Ejrnæs 2004; 2006). Martin Flensted-Jensen konkluderer, at de svageste borgeres retssikkerhed i realiteten afhænger af, om de har en god relation til frontpersonalet (Flensted-Jensen, 2005). Nielsen og Uggerhøj (2005) konkluderer også, at der kan være store forskelle i den praktiske udførelse af det sociale arbejde. De konkluderer, at sagsbehandlernes ”private og individuelle praksis,” skyldes manglende ledelsesmæssig prioritering af juraen i kommunerne. Ejrnæs når frem til, at arbejdskulturen og forskelle i faglig dygtighed i sig selv er en kilde til problemer. En ændring af arbejdskultur og en forbedring af fagligheden til en mindste fællesnævner er imidlertid også en ledelsesopgave, så i den forstand er der overensstemmelse mellem Nielsen og Uggerhøjs, og Ejrnæs’ resultater.

På børneområdet har Morten Ejrnæs fundet frem til, at der hersker en konsensuskultur blandt socialarbejderne. Kulturen betyder, at selvom der kan være store forskelle i socialarbejderes faglige holdninger til og meninger om nøjagtig samme sag, så tages åbne diskussioner ikke, og saglig kritik tages ikke uhøjtideligt, men derimod personligt (Ejrnæs 2004; 2006). En sådan konsensuskultur kan også tolkes som en forklaring på, hvordan sagsbehandlerkulturen gør det svært for gruppearbejdet at vinde indpas.

Anne Knudsen ser i sin bog ”Her går det godt, send flere penge” kritisk på omgangsformerne i den offentlige sektors omsorgsarbejde. Hun mener dette er intimiseret og inderliggjort af kvindelige værdier (Knudsen, 2002). Knudsens eksempler og genstandsfelt er i højere grad omsorgsarbejde end socialt arbejde, men grænserne for hvad der er hvad, er flydende. Hvis Knudsens pointer kan overføres til alt socialt

arbejde, vil også en del af sagsbehandlerkulturen udgøres af, at der lægges vægt på professionelt påtagne bekymringer, følelsesforståelser og et ønske om at 'komme i dybden' med borgerens problemer, uagtet hvor dybtgående eller vidtrækkende borgerens konkrete problemer er ifølge borgeren selv. Forudsætningen for en sådan kultur med 'kvindelige værdier' må – ud over at foregå på kvindedominerede arbejdspladser - være en meget individuel arbejdstilrettelæggelse og praksis, fordi en mere systematisk fælles organisering og eksplicite normer for arbejdstilrettelæggelsen og –udførelsen, samt en norm for håndhævelsen af disse, ville mindske de såkaldte kvindelige værdier i det sociale arbejde. I tråd med Knudsen fremhæver Rosmari Eliasson-Lappalainen i en konflikt mellem en mandlig teoretisk, principstyret, retfærdigheds- og rettighedsmoral og en kvindelig omsorgsmoral, der er mere praksisorienteret (Eliasson-Lappalainen, 2007:323).

Margaretha Järvinen og Nana Mik-Meyer har i deres forskning vist, hvordan ulige magtrelationer udspiller sig i mødet mellem sagsbehandler og borger, og hvordan disse kan hindre godt socialt arbejde (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Mik-Meyer peger på, at det metodiske fokus i sagsbehandlerarbejdet i alt for høj grad kan komme til at handle om 'den svære samtale' hvad enten metoden er indlevelse eller en standardiseret manual, når det, der faktisk er borgerens behov, kan være et ret konkret problem knyttet til arbejdsmarkedet og den økonomiske selvforsørgelse (Mik-Meyer, 2002). Således kan sagsbehandlingens fokus næsten ensidigt blive at afsøge sammenhængende forståelser af alle borgerens problemer i stedet for at understøtte konkret problemløsning (Mik-Meyer, 2003). Spørgsmålet er om ikke forudsætningen for en sådan 'problemafsøgningskultur' er en (for) individuel arbejdstilrettelæggelse?

### 3.5 HVOR STÅR DENNE UNDERSØGELSE I FORHOLD TIL DEN FORELIGGENDE VIDEN?

Mine undersøgelser sætter fokus på problemstillinger, der et stykke hen ad vejen er afdækket af andre forskere, fx problemer med overholdelse af social lovgivning og fokus på organiseringen af sygedagpengesager. Det nye er et samtidigt arbejdsmedicinsk og sociologisk perspektiv, altså et dobbelt brug af perspektiv på samme problemstillinger, foruden et ændringsorienteret fremtidsværksted.

Forskningsområdet socialt arbejde er defineret ved sit praksisfelt, ikke en bestemt faglig retning. I det praktiske felt handler det som oftest om borgeres sociale problemer og hvordan disse søges løst i kommunale forvaltninger. Men borgerens problemer er ofte ikke kun af social art (herunder økonomiske), men er også juridiske, eller kan simpelthen ses som problemer med at begå sig i den organisering, der ellers netop skal fremme borgerens sociale situation. I forlængelse heraf er forskningen i socialt arbejde domineret af sociologer og socialantropologer, der ser på disse typer af problemstillinger. Men et fagområde synes at være glemt i den teoretiske tilgang til socialt arbejde, og det er hele sundhedssiden. Mange borgere, der er klienter i kommunal sagsbehandling, har sundhedsmæssige problemer af den ene eller den anden art. Mest oplagt er dette for sygedagpengemodtagere, men det gælder også i mange typer sociale sager, at borgernes problemer kan betragtes som både som social- og sundhedsfaglige problemstillinger (foruden juridiske, økonomiske og måske magtmæssige problemstillinger).

Man kan spørge, at når det sociale arbejde i praksis indeholder mange sundhedsmæssige problemstillinger, hvorfor der på forskersiden så ikke er en tilsvarende mangfoldig faglighed og tilsvarende perspektiver repræsenteret? Svaret på dette er komplekst, og må bl.a. søges i de meget forskellige perspektiver, forsknings-traditioner og metodologiske tilgange, der hører forskellige faglige retninger til. I denne undersøgelse lægges det 'manglende' sundhedsfaglige perspektiv til. Det kan indvendes, at fx en læge ville være bedre til at bidrage til dette, men det vigtige her er perspektivet, ikke nødvendigvis en konkret uddannelsesmæssig baggrund. Der er eksempler på læger, der med et klinisk udgangspunkt bevæger sig ind på det sociale arbejdes teoretiske område. Her kan fx nævnes Håkon Lærum, der med sit bog "Ved læger hvad sygdom er" tager en næsten socialfilosofisk refleksion af sygdomsforståelser blandt læger og andre aktører på det sociale og sundhedsfaglige felt (Lærum 1994). På sygedagpengeområdet kan fremhæves en anden læge, Ellen Ryg Olsen, hvis udgangspunkt er en mangeårig erfaring som kommunal lægekonsulent. Olsens arbejde er ikke tilrettelagt som forskning eller undersøgelser i traditionel forskningsmæssig forstand, idet det er erfaringsbaseret og tager udgangspunkt i en række cases, hvor sygemeldte er kommet i klemme. Alligevel er Olsens bog "Syge på tvangsarbejde" interessant for forskningen i sygedagpengesager, dels fordi casene suppleres med refleksioner over skift i socialpolitik og sygdomsforståelser, og dels fordi Olsens perspektiv er unikt, fordi hun fra et sundhedsfagligt perspektiv behandler konkrete problemer i sagsbehandlingen i sygedagpengesager og søger at sætte disse i både sundhedsfagligt og et socialt perspektiv (Olsen, 2005).





# Resultater og diskussion

I dette kapitel refereres først de resultater, der knytter an til besvarelsen af de tre første underspørgsmål stillet i kapitel 1. Da svarene på de to første spørgsmål allerede er formidlet i evalueringen, gengives disse resultater som de er beskrevet i denne, og som der i øvrigt henvises til. For så vidt angår formidlingen af resultaterne knyttet til det tredje underspørgsmål, er disse i nogen grad formidlet i evalueringen og især i de to artikler ”Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt...” og ”Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen?”. Men da formidlingen i evalueringen ikke har knyttet stramt an til underspørgsmålet formuleret i denne sammenfatning, fokuseres der mere på svaret her. Svaret på det fjerde underspørgsmål formidles efterfølgende ud fra en diskussion af de forudgående resultater. Desuden inddrages resultaterne fra fremtidsværkstedet i en diskussion af mulighederne for den bedst mulige, praktisk realisable sagsbehandling.

## 4.1 DEN ARBEJDSMEDICINSKE FORSKEL I SYGEDAGPENGESAGER

Besvarelse af spørgsmålet ”Gør en arbejdsmedicinsk intervention en forskel i sygedagpengesager? Hvilke forhold i interventionen fungerer godt, og hvilke forhold fungerer mindre godt?”

”Den arbejdsmedicinske undersøgelse giver borgere mulighed for at blive mere afklarede og få nye erkendelser om deres sygdom og deres erhvervs muligheder. Det gælder især i vanskelige og længerevarende sager, at arbejdsmedicineren kan bidrage med en opsamlende kompetence i forholdet mellem arbejde og helbred. Den arbejdsmedicinske journal og rundbordssamtalerne er særlige positive elementer i interventionen.” (Evalueringen, side 64).

## 4.2 FORSKELLE I SAGSBEHANDLINGEN AF SYGEDAGPENGE SAGER

*”Jeg oplevede, at den første sagsbehandler var ude med den store fejkekost med generaliseringer, der ikke passede på eller hjalp mig i min konkrete situation. For eksempel fik jeg at vide, at man jo har ansvaret for sit eget liv. Så der var et problem med dialogen synes jeg.”*

*Borger i 2007*

*”Nogle borgere ’elsker’ at snakke om deres sygdom. De mest syge med de alvorlige sygdomme er oftest meget afklarede både med deres sygdom og deres ønske om at vende tilbage på arbejde. Når der er tale om diffuse lidelser, vil folk meget gerne snakke om sygdom og sjældent om arbejdsmarkedet. Jeg spørger om de mon er bange for arbejdsmarkedet? Der må ligge noget bag. Måske er det en fyring eller andre sociale kriser, der har udløst deres sygdom.”*

*Sagsbehandler i 2007*

Besvarelse af spørgsmålet: ”Er der forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de?”

”I de undersøgte kommuner er der væsentlige forskelle på arbejdet med sygedagpengesager. Forskelle, som har afgørende betydning for sagsbehandlingens længde, kvalitet og afgørelser. Især skal fremhæves, at der i arbejdet med arbejdsprøvning og visitation til fleksjob er usikkerhed om tolkningen af et tvetydigt lovgrundlag. Der er desuden identificeret en række forhold, der indvirker på forskellene i arbejdet med sygedagpengesager, og som i høj grad kan forklare disse. Forholdene er: En meget autonom organisering af arbejdet. En for ensidig orientering imod ar-

bejdsmarkedet. En varierende sygdomsforståelse. En for dominerende regelstyring frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte.” (Evalueringen, side 64).

#### 4.3 BARRIERER FOR EN TVÆRFAGLIG ORGANISERING

*”Det skulle senere vise sig, at der skulle hele seks forskellige sagsbehandlere ind over min sag. Den første skulle på uddannelsesorlov, den næste var en vikar for den, der ellers skulle have min sag, så kom den nye, så var der skift til en særlig sagsbehandler, der tager sig af fleksjob, så var der en vikar for hende, så ophørte hun med sit arbejde. Jeg skulle starte forfra hver gang med min sag.”*

*Borger i 2007*

*”Sager prioriterer ofte sig selv. Alle førstegangssamtaler får automatisk en dato i kalenderen, og det prioriteres at få dem visiteret til fx tilbud af hensyn til hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.. Derudover prioriteres sager, der er ved at falde for varighedsbegrænsningen. Mindre prioritet gives fx til fraværsmeldte gravide. (...). Jeg afgør sagerne som myndighed. Hvis borgeren er uenig, så forklarer jeg borgeren om elementerne i lovgivningen. Jeg tilrettelægger selv min arbejdsuge. Der er ikke nogen der blander sig i mine sager. (...). Vi har faglige udviklingsmøder er hver anden uge. Der kan vi tale både generelt om lovfortolkning og praksis, men også om konkrete sager. De konkrete sager står dog nederst på dagsorden og nås ikke altid. Der tages stikprøver af sager, hvem der gør det nu efter 1. januar ved jeg ikke, men det er vist den interne revision. Det er vist et lovkrav, at det foregår.”*

*Sagsbehandler i 2007*

Hvad er barriererne for en tværfaglig organisering af arbejdet med sygedagpengesager?

Ud fra svaret på foregående spørgsmål, kan der umiddelbart peges på fire forhold, der udgør barrierer for en mere tværfaglig organisering: 1) En meget autonom organisering af arbejdet. 2) En for ensidig orientering imod arbejdsmarkedet. 3) En varierende sygdomsforståelse. 4) En for dominerende regelstyring frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte.

*”Min første sagsbehandler spurgte ikke ind til mit arbejdsliv, det gjorde den seneste derimod. Med den første var fokus blot på, at jeg også har en uddannelse om pædagog, og at jeg måtte kunne bruge den. Det har faktisk været en forudsætning for min afklaringsproces, at de interesserede sig for mit arbejdsliv, for hvis man ikke kender til det, kan man ikke forstå mine fremtidige muligheder og interesser. Der har ikke været særlig fokus på min sygdom”*

*Borger i 2007*

*”Jeg begynder altid at tale med borgeren om sygdommen. Så taler vi om de fremtidige erhvervs muligheder. Hvis det er relevant ser jeg så på hvad borgeren tidligere har lavet. I så fald ser jeg på tre forhold: 1) Hvilke typer job borgeren har haft hvornår. 2) Begrænsninger i forhold til at arbejde. 3) Borgerens attitude eller holdning til det at arbejde.”*

*Sagsbehandler i 2007*

#### 4.4 DISKUSSION AF RESULTATER

At komme videre med en uddybende forståelse af ovenstående barrierer, kræver at man også ser på, hvorfor det er et problem, at der ikke er mere tværfaglighed. Man kan argumentere for, at en udpræget selvstændig arbejdstilrettelæggelse og individuel udførelse af arbejdet har en række uheldige følgevirkninger, der giver sig til udtryk ved mange af de problemer med sagsbehandlingen, som borgerne oplever, og som sagsbehandlerne direkte eller indirekte bekræfter, dvs. dårlig kommunikation, svingende kvalitet i journalføringen, ventetid på opfølgning,

problemer med tolkning af lovgrundlaget for arbejdsprøvning, varierende sygdomsforståelser, nedprioriteringen af fokus på borgerens arbejdsliv, problemer med at leve op til krav om mangfoldige kompetencer, borgerens sag går i stå ved sagsbehandlerens fravær uanset årsag, og meget forskellige, næsten vilkårlige, prioriteringer af sagerne.

De ovennævnte problemer viser, på hvilke områder sagsbehandlingen kan være forskellig fra sag til sag, og fra sagsbehandler til sagsbehandler. En fællesnævner for problemerne er, at de optræder i meget varierende omfang. Dette kan ses som et retssikkerhedsmæssigt problem, idet sagsbehandlingen og afgørelsen i borgerens sag kan afhænge af, hvilken sagsbehandler han eller hun får og på hvilket tidspunkt, når det ideelt set burde være sociallovgivningen og retssikkerhedsloven, der udgør grundlaget for sagsbehandlingen og afgørelserne.

*”Jeg er nok lidt traditionel, der skal være en diagnose, for at det er sygdom. Hvor en sygemeldt ikke er syg kan være hvis der er dårlige familieforhold, hvor borgeren klager over arbejdsmarkedet eller mobning på arbejdspladsen. Eller hvor der mangler motivation for et fuldtidsarbejde. For eksempel når man ved fleksjob skal fastlægge timetallet. Det sker ofte at borgeren overvurderer sin egen sygdom, går rundt med et overdrevent sygdomsbillede.”*

*Sagsbehandler i 2007*

En anden fællesnævner for de nævnte problemer er, at de teoretisk vil blive afhjulpet væsentligt ved indførelse af en organisering med væsentlig anderledes fokus på tværfaglighed og en organisation med ‘fælles læring’.<sup>8</sup> Det opfølgende spørgsmål bliver da, hvad barriererne er for at komme ud over disse barrierer for den gode sagsbehandling? Ud fra både denne undersøgelse og ud fra den teori, der er præsenteret i kapitel 3, kan der opstilles en række underpunkter i forståelsen af, hvad der ligger til grund for de her førstnævnte barrierer og konkrete problemer:

- 1) En sagsbehandlerkultur, hvor ønsket om selvstændighed i arbejdstilrettelæggelsen er så stort, at det kan ses som en modstilling til en tværfaglig og mere åben organisering.
- 2) En sagsbehandlerkultur, der vægter erfaringsbaseret viden og praksisser, og

som i nogen grad kan ses som et modstykke til en teoretisk inspireret og systematisk arbejdskultur.

- 3) En sagsbehandlerkultur, hvor uenigheder ikke er velset, ikke ses som noget konstruktivt, og ikke ses som mulighed for fælles læring.
- 4) Den kommunale ledelse af sagsbehandlingen, hvis denne ikke aktivt og eksplicit understøtter tværfagligheden med bedre tid til fælles møder etc.

De fire ovenstående punkter kan i sig selv ses som forklaringer på, hvorfor der er barrierer for indførelse af mere tværfaglighed og en fælles læring. Ud fra denne undersøgelse er der to empiriske holdepunkter for hvordan sagsbehandlingen kan realiseres eller ændres i retning af mere tværfaglighed og mere fælles læring.

For det første kan der peges på erfaringerne fra Projekt Arbejdsfastholdelse. Her lykkedes det at etablere et tværfagligt samarbejde med jævnlige møder mellem sagsbehandlerne og en arbejdsmediciner. Ud fra sagsbehandlerens udsagn indikeres det, at der i nogen grad er sket fælles læring. For når det konkluderes, at "Den arbejdsmedicinske undersøgelse giver borgere mulighed for at blive mere afklarede og få nye erkendelser om deres sygdom og deres erhvervs muligheder" så implicerer dette i realiteten også nye erkendelser hos sagsbehandleren. Samtidig er samarbejdet et eksempel på læring i, hvordan der kan samles op på og kommes videre i vanskelige og længerevarende sager.

*"Jeg er ikke uddannet inden for faget og er vant til teamwork. Det er helt anderledes her, hvor enhver kan arbejde med sine sager og først få andre ind over, når det er gået galt. Det er fx helt op til mig selv om jeg vil prioritere opfølgning eller pensionssager. Ofte, når borgeren henvender sig, så prioriteres så den sag. Jeg kunne godt tænke mig en overordnet udmelding om, hvordan sager skal prioriteres. Alle sager skal følges op efter et koncept. Det skal være et fleksibelt koncept med plads til forskellige indsatser afhængig af borgerens situation og behov. Jeg savner også mere fælles metode, dvs. metode for samtale, opfølgning, journal-skrivning, håndtering af svære sager og hvordan vi tilrettelægger en afklaring."*

*Sagsbehandler i 2007*

For det andet viser det afholdte fremtidsværksted, at der i et fælles læringsrum kan udvikles og etableres fælles forståelser for, hvori god sagsbehandling består.

Og vel at mærke med konsensus om, at den gode sagsbehandling blandt andet består af netop tværfagligt samarbejde og fælles læring.

I nedenstående refereres en sammenskrivning af de løsningsforslag, der kom frem ved fremtidsværkstedet. Forslagene kan læses som sagsbehandlerens og borgernes fælles forestilling om hvordan 'Den gode sagsbehandling' kan se ud:

- 1) Et højt bundniveau (fejl er sjældne eller forekommer ikke, der træffes rigtige afgørelser).
- 2) Der er ikke unødigt lang sagsbehandling (samme sag begynder aldrig forfra og 'glemmes' ikke i opfølgningen).
- 3) Borgerens sag bliver individuelt behandlet fra begyndelsen.
- 4) Sagsbehandlerens gode arbejde er et arbejde der kan tilrettelægges selvstændigt og med tilgængelig sparring til umiddelbar rådighed, og med mulighed for fortsat læring fra kolleger, ved kurser, temadage mv. med henblik på arbejdsfastholdelse.
- 5) Teamwork og tværfaglig organisering.
- 6) Der er fælles ansvar i hver enkelt sag for både borger og sagsbehandler.

For en uddybning af resultaterne fra fremtidsværkstedet henvises til den anonymiserede protokol (bilag 5).

Ovenstående løsningsforslag er bud på, hvordan der kan etableres fælles læring på tværs af sagsbehandlere og borgere. Ikke fordi der kan påregnes afholdt fremtidsværksteder hver anden måned i en socialforvaltning, men som inspiration til, hvordan tværfaglige grupperinger, eventuelt ad hoc sammensat, kan inspirere og styrke sagsbehandlingen til gavn for både borgere og sagsbehandlere.

Fremtidsværkstedet har et potentiale for at overkomme dilemmaet mellem hensynet til sagsbehandlerens gode (og selvstændigt tilrettelagte) arbejde og borgerens ret til god sagsbehandling som er omtalt i artiklen "Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen?" Således viste fremtidsværkstedet, at det var muligt - med forbehold for, at der var en overvægt af sagsbehandlere og et mindretal af borgere til stede - at en faciliteret tværfaglighed kan understøtte en reel konsensus, der understøtter både medarbejderens og borgerens perspektiv. Det er også en lære fra fremtidsværkstedet, at folk skal bringes sammen, dvs. mødes. Banalt kan man sige, men ikke desto mindre, idet meget socialt samarbejde faggrupper imellem i praksis ofte er organiseret som ad hoc flerfagligt samarbejde, hvor aktørerne kun

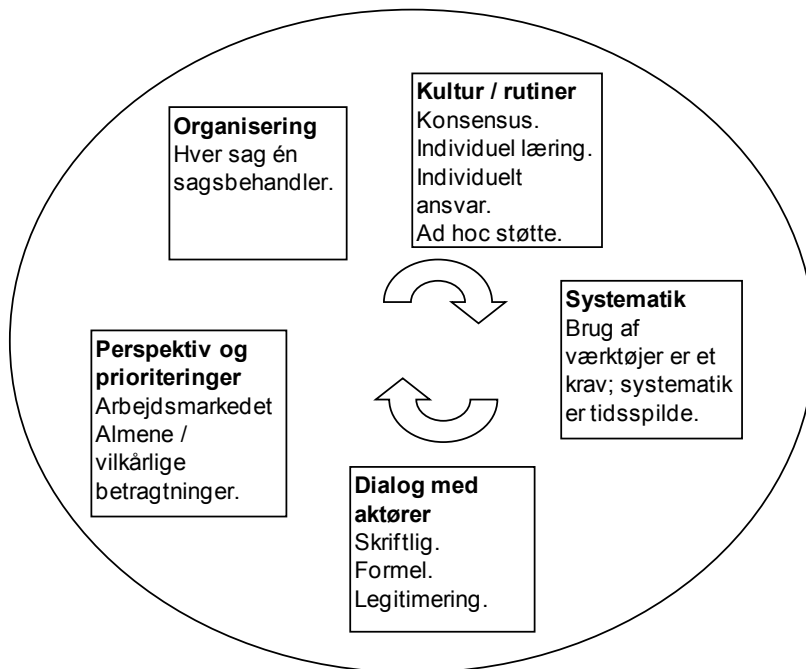
sjældent mødes. For eksempel når en sagsbehandler får attester fra borgerens egen læge, eller rekvirerer speciallægeerklæringer eller på anden vis får konklusioner om en borger, selvom sagsbehandleren og specialisten ikke har konfereret borgernes sag sammen - og endda måske endda aldrig har mødt hinanden.

Men der er flere potentialer og perspektiver i etablering af tværfaglige samarbejder, der bygger på jævnlige møder, end blot medarbejdernes og borgernes større tilfredshed med arbejdet og sagernes forløb. For det faste, etablerede tværfaglige samarbejde er et modspil til det 'sædvanlige' flerfaglige ad hoc 'samarbejde', hvor skriftlige konklusioner i attester, erklæringer mv. ryger frem og tilbage mellem aktører, der ikke ser hinanden. Det tværfaglige samarbejde er i opposition til dette, fordi der med etableringen af tværfaglige møderækker følges en tankegang, hvor man tænker i konkrete løsninger, ikke blot over for borgerens nærmeste fremtid, men over for enhver unødigt stilstand i borgerens sag. Etablering af tværfaglige møderækker kommer ikke af sig selv, og derfor er en form for facilitering nødvendig på samme måde som når der planlægges og vejledes inden for rammerne af et fremtidsværksted.

Som afslutning på diskussionen af resultater opstilles nedenstående to idealtyper for måden at arbejde med sagsbehandling på. De to idealtyper kan benævnes henholdsvis 'den onde cirkel' og 'den gode cirkel'. Idealtyperne tager udgangspunkt i resultaterne og ovenstående diskussion.



Figur 3. Sagsbehandlingens onde cirkel.



Der er næppe nogen sagsbehandling i sygedagpengesager, eller anden social sagsbehandling for den sags skyld, der kan siges fuldstændig at følge den illustrerede onde cirkel. De fem forhold, der skal fremhæves, dvs. organisering, kultur og rutiner, systematik, dialog med aktører, samt perspektiver og prioriteringer, er langt fra de eneste betydende forhold for sagsbehandling. Pointe her er at vise, hvordan de her nævnte forhold hænger sammen. For eksempel hænger organiseringen 'hver sag én sagsbehandler', uløseligt sammen med en kultur med en læringsforståelse (eller en lærings*praksis*) med individuel læring. Hvilket igen hænger sammen med en undertiden vilkårlig prioritering af og tilgange til sager, fordi der ikke er etableret (eller praktiseres) fælles læring for at ændre på dette. Nedenstående uddybes teksten til de fem elementer:

### **Organisering**

Sagsbehandling er organiseret, så langt de fleste sager kun har én sagsbehandler.

### **Kultur og rutiner**

Sagsbehandlingskulturen er en lukket konsensuskultur, hvor uenighed ikke er velset. Man kan sige, at læring er op til den enkelte. Der er fælles faglige møder, hvor enkelte sager gennemgås, hvis det kan nås.

## ***Systematik***

I sagsbehandlingen indgår værktøjer og metoder, fordi det er et krav, at disse skal benyttes. Systematik ses som en modsætning til en erfaringsbaseret praksis, der hellere vælges.

## ***Dialog med aktører***

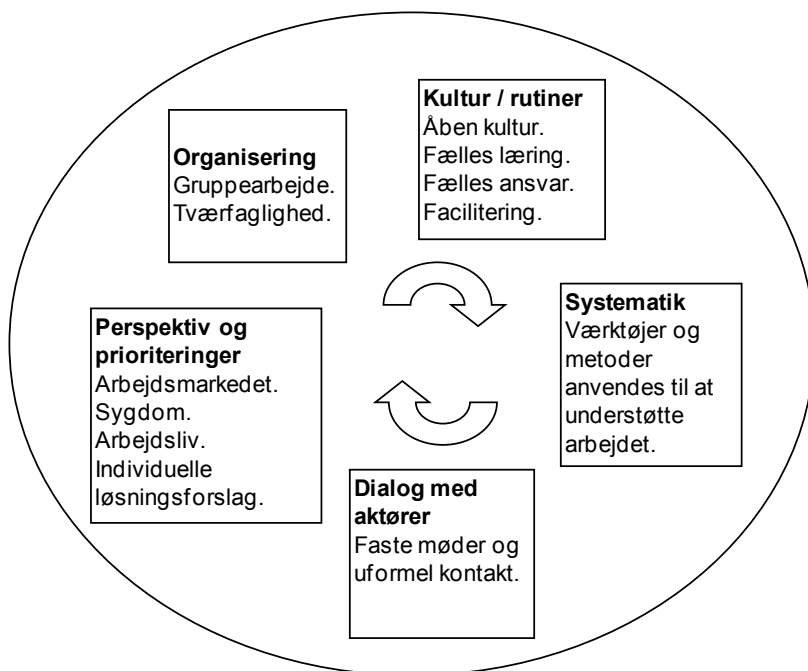
Dialogen mellem aktørerne sker overvejende ved skriftlig korrespondance og formel kontakt.

## ***Perspektiv og prioritering***

I mødet med borgeren behandles dennes sag (herunder også visitationen) i nogen grad individuelt og konkret, men ellers ud fra en generel viden om og erfaringer med denne type sager, og ellers overvejende ud fra et arbejdsmarkedsperspektiv. Borgeren inddrages ikke i hvad der står i journalen.

Som et modstykke til den onde cirkel, opstilles nedenstående sagsbehandlings 'gode cirkel':

*Figur 4. Sagsbehandlings gode cirkel.*



### ***Organisering***

I en sagsbehandling organiseret med gruppearbejde, kan det sikres, at der er flere sagsbehandlere ind over samme sag. Dette kan kvalitetssikre sagsbehandlingen og sikre fremdrift i borgerens sag, når en sagsbehandler, uanset årsag, ikke er til stede.

### ***Kultur og rutiner***

Sagsbehandlingskulturen er en åben kultur, hvor det er i orden at være i tvivl, være uenig og hvor åbne erkendelser af fejl påskønnes. Fælles læring er kodeord for måder at tackle faglige uenigheder eller forskellige praksisser på. Der etableres med jævne mellemrum fælles læringskonferencer med procesfacilitering.

### ***Systematik***

Sagsbehandlingen bør bygge på brug af systematiske værktøjer og metoder, hvor disse kan understøtte gode fælles praksisser.

### ***Dialog med aktører***

Dialogen mellem aktørerne sker, udover ved skriftlig korrespondance, i videst mulig omfang også både ved etablerede møder og ved uformel kontakt, så der kan etableres tillidsforhold mellem aktørerne, hvor der er rum for uformelle spørgsmål og afklaringer.

### ***Perspektiv og prioriteringer***

I mødet med borgeren skal dennes sag (herunder også visitationen) behandles individuelt og konkret, og indledningsvis investeres tid i at få de to perspektiver arbejdsliv og sygdomshistorie afklaret som grundlag for at se på arbejdsmarkedsmulighederne. Der bør være en åben dialog om indholdet af journalen.



# Konklusion og perspektivering

## 5.1 KONKLUSION

Hovedspørgsmålet lød: Hvad består 'den gode sagsbehandling' af og hvordan man kan arbejde hen i mod den?

Spørgsmålet er besvaret ved først at se på, hvordan en række arbejdsmedicinske interventioner har gjort en forskel i sygedagpengesager. Der peges på, at disse har givet borgerne mulighed for at blive mere afklarede og få nye erkendelser om deres sygdom og deres erhvervs muligheder. For sagsbehandlerne gælder det, at de især i vanskelige og længerevarende sager kan få støtte af en opsamlende kompetence i forholdet mellem arbejde og helbred. Den arbejdsmedicinske intervention i Projekt arbejdsfasholdelse kan ses som et eksempel på grænseoverskridende samarbejde, både fagligt og institutionelt, hvor der er etableret både faste møderækker og sideløbende uformelle kontakter.

Spørgsmålet er også søgt besvaret ved at se på om der er forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne. Svaret på dette er ja, idet der i de undersøgte kommuner er væsentlige forskelle på arbejdet med sygedagpengesager, som har potentielt afgørende betydning for sagsbehandlingens længde, kvalitet og afgørelser. Der er desuden identificeret en række forhold, der indvirker på forskellene i arbejdet med sygedagpengesager, og som i høj grad kan forklare disse. Forholdene er: En meget autonom organisering af arbejdet. En for ensidig orientering imod arbejdsmarkedet. En varierende sygdomsforståelse. En for dominerende regelstyring frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte.

Som et tredje underspørgsmål er der spurgt til, hvad barriererne er for en tværfaglig organisering af arbejdet med sygedagpengesager. Der er identificeret flere bud på barrierer. Ud fra svaret på foregående spørgsmål, kan der umiddelbart peges på,

at den meget autonome organisering af arbejdet, en næsten ensidig orientering imod arbejdsmarkedet, varierende sygdomsforståelser samt en for dominerende regelstyring frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte, udgør væsentlige barrierer for en tværfaglig sagsbehandling. Går man mere i dybden med disse barrierer, kan man også opstille barriererne som: 1) En sagsbehandlerkultur, hvor ønsket om selvstændighed i arbejdstilrettelæggelsen er så stort, at det kan ses som en modstilling til en tværfaglig og mere åben organisering. 2) En sagsbehandlerkultur, der vægter erfaringsbaseret viden og praksisser, og som i nogen grad kan ses som et modstykke til en teoretisk inspireret og systematisk arbejdskultur. 3) En sagsbehandlerkultur, hvor uenigheder ikke er velset, ikke ses som noget konstruktivt, og ikke ses som mulighed for fælles læring. 4) Den kommunale ledelse af sagsbehandlingen, hvis denne ikke aktivt understøtter tværfagligheden med bedre tid til fælles møder etc.

Det sidste underspørgsmål, der kan understøtte svar på hovedspørgsmålet, var, hvordan et samarbejde mellem sagsbehandlere og andre faggrupper bedst muligt kan realiseres, når man skal tage hensyn til barriererne for tværfaglig organisering?

Både den arbejdsmedicinske intervention og det afholdte fremtidsværksted er eksempler på at man kan overvinde nogle af barriererne for en bedre sagsbehandling. Fremtidsværkstedet viste, at en faciliteret tværfaglighed kan understøtte et samtidigt borger- og medarbejderinddragelsesperspektiv, mens interventionens element med en fast møderække mellem sagsbehandlere og en læge kan nedbryde vante arbejdsgange og gøre dette reelt tværfagligt og ikke blot ad hoc flerfagligt.

Væsentlige barrierer for den gode sagsbehandling udgøres af den selvstændige arbejdstilrettelæggelse og udførelse. Fremtidsværkstedet viste imidlertid, at sagsbehandlerne selv efterspørger især mere fælles læring og facilitering, samt tværfagligt samarbejde.

Barriererne for mere tværfaglighed i sagsbehandlingen udgøres af sammenhørende sæt af elementer, dvs. perspektiver, metoder og tankegange mv, hvis ændringspotentiale er størst, hvis der foretages et samlet, reflekteret valg af formål og perspektiver med sagsbehandlingen.

Slutteligt skal nævnes, at en barriere for mere tværfaglighed kan bestå i en manglende kobling mellem den sociologiske teori og forskning, og den sundhedsfaglige ditto i design, implementering og udførelse af interventioner.

## 5.2 PERSPEKTIVERING

‘Arbejdsfastholdelse’ og ‘Tilbagevenden til arbejde’ (TTA) er begreber, der har fået stor fokus de senere år, og som har stået som overskrifter for en række ændringsorienterede projekter og undersøgelser. Erfaringerne fra projekterne er mange og kan være svære at sammenligne, idet der er benyttet - og i nogen grad udviklet - forskellige måder at screene, intervenere og evaluere på. Erfaringerne fra projekterne er også brogede alene fordi projekterne befinder sig i et komplekst, og i nogen grad uopdyrket, fælles felt mellem det sociale og det sundhedsfaglige, og hvor der udpræget mangler inddragelse af sociologisk teori og forskningskompetence for at få mere fokus på arbejdslivsvinklen, når der sagsbehandles på eller interveres i sygedagpengesager. Et grundlæggende problem kan være fagområdernes forskellige erkendelsesteoretiske udgangspunkter og perspektiver. For eksempel kan det fra sociologisk side være svært at arbejde med måling af arbejdsevne, når det, der er brug for, er inddragelse af mange andre forhold og perspektiver for at kunne forstå og fortolke en borgers livssituation. Skal man se optimistisk på mulighederne for mere lægefagligt og sociologisk samarbejde på området, kan fremhæves, at der allerede i nogen grad er fælles teori (krav-kontrol modellen, anstrengelses-belønningsmodellen). Desuden kan det finske arbejdsevneindeks fremhæves som en mulig fælles indgang til måling, da der i dette indeks i høj grad lægges vægt på borgerens egne vurderinger af sit helbred og arbejdsevne. En tilgang, der burde kunne passe ind i arbejdslivsforskningens perspektiver og metodiske tilgange.

En af de forskelle, der har været på Projekt arbejdsfastholdelse, som denne afhandling har taget udgangspunkt i, og flere andre projekter, er måden visitationen til projektet er sket på, idet denne kan kaldes individuel og konkret. Dette til forskel fra den visitation – og screening – der ses i mange andre projekter, nemlig en udvælgelse på baggrund af objektive kriterier (fx diagnose). Måden at visitere eller screene på er et væsentligt valg, fordi det handler om den grundlæggende tilgang man har til hvordan den enkelte borger skal sagsbehandles. For til valget af et objektivt screeningsværktøj, hører der en tankegang, hvor borgeren kan indplaceres i definerede kasser og sagsbehandles efter en række almene betragtninger og en standard praksis. Vælger man derimod at screene ved som væsentligste element at bruge borgerens egne indikationer af borgerens problemer, ligger dette mere i tråd med en sagsbehandling, hvor hver borgers sag behandles som unik med behov for konkrete vurderinger. Det er dog væsentligt, at der ikke går væsentlig viden tabt på grund af mangel på systematik. Dette taler for, at visitation og screening

ikke kan foretages udelukkende på baggrund af borgerens egne udsagn om egne problemer og disses betydning.

I disse år er der gang i eksperimenter med eksterne aktører og nye samarbejdsformer på det sociale arbejdes område. Man kan argumentere for og imod private aktører på sygedagpengeområdet. Men det er væsentligt, at det sikres, at de krav, der stilles til eksterne aktører, indebærer deltagelse i et reelt tværfagligt samarbejde, og ikke blot er et flerfagligt samarbejde, med leverance af færdige konklusioner på papir til en sagsbehandler.

”Det store danske TTA-projekt” er iværksat i foråret 2010. I projektet implementeres nye samarbejdsformer i 22 kommunale jobcentres sygedagpengeopfølgning. Der etableres tværfaglige team, som skal kunne understøtte hurtigere og bedre afklaringer end den sædvanlige sagsbehandling. Der iværksættes forskellige organisatoriske udgaver af de tværfaglige teams sammensætning, arbejdsformer og grad af kontakt til kommunens ’TTA-koordinator’ – en sagsbehandler med særlige koordinerende funktioner, og som ansættes specielt til projektet.<sup>9</sup> Da TTA-projektet er meget omfattende og har visse frihedsgrader i organiseringen, bliver det spændende at se, hvad projektets procesevalueringsdel vil vise om samarbejdsformernes betydning for den gode sagsbehandling.



# Noter

- 1 Vendingen 'den nye arbejdsmedicin' er mit begreb til at sætte ord på en udvikling, jeg via min ansættelse på en arbejdsmedicinsk afdeling selv har været en del af de seneste otte år, men som ikke ellers har fundet sin begrebsliggørelse. Således kan der inden for arbejdsmedicin være opponenter imod at der skulle være tale om en "ny" arbejdsmedicin.
- 2 Inden for socialmedicin kan funktionsevne også mere specifikt referere til funktionsevned-sættelse (impairment), nedsat evne til at bevæge sig (disability) eller nedsat evne til at varetage fysisk krævende arbejde (handicap) (Nielsen et al, 2004). Hvad der ellers adskiller socialmedicin fra arbejdsmedicin, er især patientgruppernes erhvervsstatus, idet det nye arbejdsmedicinske felt især ser på borgere *på* arbejdsmarkedet (herunder forsikrede ledige), mens socialmedicinen også ser på borgere *uden for* arbejdsmarkedet.
- 3 Der findes mig bekendt ikke systematiske opgørelser af hvilke faggrupper, der arbejder med sagsbehandling i sygedagpengesager. Ud fra interne opgørelser i 'Det store TTA-projekt' indikeres det imidlertid, at den faglige baggrund er som her omtalt, dog med store variationer mellem de enkelte jobcentre.
- 4 Muligvis er det neurologen Lise Ehlers, der rettelig bør krediteres for udtrykket 'ondt i livet' fra hendes bog af samme navn (Ehlers, 1999).
- 5 Vendingen 'ondt i arbejdet' er vel knapt så udbredt inden for arbejdslivsforskningen som 'ondt i livet' er inden for de almene lægelige specialer. Jeg har dog hørt udtrykket anvendt af arbejdslivsforskere. Her bruges udtrykket ondt i arbejdet blot som en analogi til ondt i livet til illustration af forskellige erkendelsesteoretiske vinkler.
- 6 Brugen af triangulering og argumenterne bag svarer i høj grad til brugen af 'Mixed methodology' (se fx Tashakkori & Teddlie, 1998).
- 7 Antallet afhænger af opgørelsesmetode. Beskæftigelsesministeriet opgør således i 2005, at mere end 900.000 er på overførselsindkomster (Beskæftigelsesministeriet, 2005).
- 8 Jeg bruger udtrykket fælles læring analogt til 'organisatorisk læring' (Argyris, 1993). Det vil sige, at fælles læring består af viden og kompetencer, der viser sig i aktørernes arbejdsrutiner, og som i princippet kan måles ved en større effektivitet i organisationens output-mål.
- 9 Det Store danske TTA-projekt er beskrevet på [www.ami.dk/storetta](http://www.ami.dk/storetta)



# Referencer

- Amick, Benjamin C., Rochelle V. Habeck, Janet Ossmann, Anne H. Fossel, R. Keller & Jeffrey N. Katz (2004). Predictors of Successful Work Role Functioning After Carpal Tunnel Release Surgery. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 46:490-500
- Amick, Benjamin C., Lerner Debra, Rogers William H., Rooney Ted, Katz Jeffrey N. (2000): A review of healthrelated work outcome measures and their uses, and recommended measures. *Spine*, 25:3152-3160.
- Andersen, Heine (1987). Videnskabsteori og metodelære for erhvervsøkonomer. Samfundslitteratur.
- Andersen, Linda & Annegrethe Ahrenkiel (2003). Læringsrum i det sociale arbejde. AKF Forlaget.
- Argyris, Chris (1993). On organizational learning. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Askegaard, Søren & Jeppe Trolle Linnet (2010). Towards an Epistemology of Consumer Culture Theory: Phenomenology, Structure and the Context of Context. Manuscript under review at Marketing Theory. SDU. Department of Marketing & Management.
- Aastrup, Kit (2003). Hvordan ser din ressourceprofil ud. Artikel i Socialrådgiveren nr. 6, 26. marts 2003
- Bjerge, Bagga & Bodil Selmer (red. 2007). Det sociale arbejdets daglige praksis. Aarhus Universitetsforlag.
- Bergmark, Åse & Tommy Lundström (2007). Metoder i socialt arbejde - Hvad er det? I Meeuwisse, Sunesson og Swärd (red).
- Björkqvist B, Ekberg K, Malm P, Bjerre-Kiely B. (1992). Rehabilitering af nacke-skuldra besvär - 24 månaders uppföljning. Rapport från yrkesmedicin nr. 22. Linköping. Yrkesmedicinska Kliniken, 1992.
- Brante, Thomas (2003). Konsolideringen av nya vetenskapliga fält – exemplet forskning i socialt arbete. I: Socialt arbete: En nationell genomlysning av ämnet. Högskoleverkets rapportserie 2003:16 R.
- Brante, Thomas (1997). Kausal realism och sociologi. I Sociologi i tiden, Lars Hansen (red.) side 311-335.
- Brinkmann, Sven & Kvale, Steinar (2005). Confronting the ethics of qualitative research. I *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 157-181.
- Caswell, Dorte & Matilde Høybye-Mortensen (2005). Anmeldelse af Høilund, Peter og Søren Juul (2005): Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde. *Dansk Sociologi* nr. 3/16.
- Christensen, Bolette (1995). Virkelighedens tale. Artikel i *Dansk Sociologi*. Årgang 95.
- Clausen, Aksel S. (2009). Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt - også på sygedagpengeområdet. Artikel i uden for nummer. *Tidsskrift for forskning og praksis i socialt arbejde*. 10. årgang nr. 18 / 2009.

- Dansk Arbejdsgiverforening (2002). Arbejdsmarkedsrapport. Tema: Sygefravær. København.
- Dehlholm-Lambertsen Birgitte & Margareta Maunsbach (1998). Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning. Fem artikler fra Nordisk Medicin 1997. Aarhus Universitet.
- Donceel Peter, Du Bois Marc & Lahaye Dorothee. (1999). Return to work after surgery for lumbar disc herniation. A rehabilitation approach in insurance medicine. *Spine* 1999; 24 (9): 872-6.
- Eccles Martin, Nick Freemantle & James Mason (1998). North of England evidence based guidelines development project methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. *BMJ* 1998; 316: 1232-5.
- Egelund, Tine (2004). Det faglige skøn i socialt arbejde med børn og unge. I 'Det kommunale råderum. Kvalitet, effektivitet og forskellighed i velfærdsydelserne.' Social forskning. Socialforskningsinstituttet.
- Ehlers, Lise (1999). *Ondt i livet*. Gyldendal
- Ejlertsson Göran, Leden I., Berglund P, Hansson T. (1997) Short term and long term effects of an outpatient rehabilitation program for patients with musculoskeletal disorders. *Scand J Soc Welfare* 1997; 6; 99-104.
- Ejrnæs, Morten & Jens Guldager (2008). *Forklaringer og helhedssyn*. Akademisk Forlag.
- Ejrnæs, Morten (2006): *Faglighed og tværfaglighed: Villkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. København, Akademisk Forlag
- Ejrnæs, Morten (2004). Myten om faglig enighed. I uden for nummer. Årgang 5, nr. 9. Dansk Socialrådgiverforening.
- Eliasson-Lappalainen, Rosmari (2007). Om forskellige veje til erkendelse. I Meeuwisse, Sunesson & Swärd (red) side 319-335.
- Eshøj Peter, Tarp Ulrik, Nielsen Claus V. (Eshøj 2001a). Effect of early vocational intervention in a reumatologic out-patient clinic - a randomized study. *Int J Rehab Res* 2001; 24(4):291-297.
- Eshøj P, Jepsen Jørgen R., Nielsen Claus V. (Eshøj 2001b) Long-term sickness absence - risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. *Occup Med* 2001; 51(5):347-353.
- Feyerabend, Paul (1975). *Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge*. NLB.
- Fisker, Anders, Mathilde Høybye-Mortensen, Flemming Troels Jensen, Sofie Nørgaard-Nielsen, Bo Jacobsen (2008). *Socialrådgiveren på arbejde. Portræt af en profession og dens dilemmaer*. Hans Reitzels forlag.
- Flensted-Jensen, Martin (2005). En ny forståelse af retssikkerhed på det socialpolitiske område – også for de "uelskelige". Artikel i "Uden for nummer" 11. 6. årg. 2005. Dansk Socialrådgiverforening.
- Gadamer, Hans Georg (1960). *Sandhed og metode*.
- Hansen, Finn Kenneth & Mette Marie Juul (2000). *Arbejdsfastholdelse – erfaringer og perspektiver. Med udgangspunkt i Projekt Arbejdsfastholdelse i Vejen, Brørup og Holsted kommuner*. CASA.

- Henriksen, Lars Bo (2003). *Kvalitet i kvalitativ samfundsvidenskab. En historie om filosofisk hermeneutik og kvalitative metoder i samfundsvidenskaberne*. Aalborg Universitetsforlag.
- Higgins Julian PT & Sally Green S (red.) (2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2*. The Cochrane Collaboration, 2009.
- Hill, Austin Bradford (1965). *The Environment and Disease: Association or Causation?* I *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58 (1965), 295-300.
- Husen, Michael (1994). *Arbejde og identitet*. Nyt Nordisk Forlag.
- Høgelund Jan, Filges Trine & Jensen Søren (2003). *Langvarigt sygefravær. Hvad sker der og hvordan går det?* Socialforskningsinstituttet. 03:20. København.
- Højlund Peter & Søren Juul (2005): *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.
- Højlund, Peter & Haakon Lærum (2002). *Den Endelige Socialmedicinske Løsning - om socialt-lægeligt samarbejde uden læger*. *Debatindlæg i Ugeskrift for læger* 2002;164(39):4564.
- Ilmarinen, Juhani (2007). *The Work Ability Index (WAI)*. *Occupational Medicine* 2007;57:160.
- Indahl Aage Velund Laila & Reikeraas Olav. (1995). *Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial*. *Spine* 1995; 20 (4): 473-477.
- Janesick, Valerie J (2003). *The Choreography of Qualitative Research Design*. I Denzin, Norman & Yvonna s. Lincoln (editors) (2003). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Sage Publications.
- Johansson, Thomas (2007). *Mødets mange ansigter – når de professionelle møder klienterne*. I Meeuwisse, Sunesson & Swärd (red).
- Jungk Robert & Norbert Müller (1984). *Håndbog i fremtidsværksteder*. Politisk revy 1984.
- Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.
- Karasek Robert & Theorell Töres (1990). *Healthy work - stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic books, Inc., Publishers.
- Knudsen, Anne (2002). *Her går det godt, send flere penge*. Gyldendal. 4. udgave.
- Kruse, Emil (1996). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*. Dansk psykologisk forlag.
- Kvale Steinar (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, Jørgen Elm & Ivar Hornemann Møller (red.) (2004). *Socialpolitik*. Hans Reitzels forlag.
- Limborg, Hans Jørgen (2003). *Den risikable fleksibilitet – på vej mod et 'nyt' arbejdsmiljø. En analyse af sammenhænge mellem det fleksible arbejde og risici i arbejdet*. Frydenlund.
- Loisel, Patrick, Durand Marie-José, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte T & Esdaile JM: *Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study*.

Occupational and Environmental Medicine 1994;51: 597-602

Loisel Patrick, Abenhaim L, Durand Marie-José, Esdaile S, Suissa L, Gosselin L, Simard R, Turcotte T & Lemaire J: A population-based, randomized clinical trial on backpain management. *Spine* 1997; 22:2911-8.

Loisel Patrick, Lemaire J, Poitras S, Durand Marie-José, Champagne F, Stock S, Diallo B & Tremblay C: Costbenefits and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occupational and Environmental Medicine* 2002; 59: 807-815

Lund Thomas (2003): *Tilbagevenden til arbejde*. AMI-rapport, København.

Lundstrøm, Tommy & Sune Sunesson (2007). I Meeuwisse, Sunesson & Swärd (red) side 174-187.

Lærum, Håkon (1994). *Ved læger hvad sygdom er?* Fadl's forlag.

Marx, Karl (1975). *Introduction to the Grundrisse*. I Terrell Carver: *Karl Marx: Texts on Method*. Basil Blackwell. Oxford 1975.

Meeuwisse, Anna, Sune Sunesson & Hans Swärd (red) (2007). *Socialt arbejde – en grundbog*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Meeuwisse, Anne & Hans Swärd (2007). *Hvad er socialt arbejde?* I Meeuwisse, Sunesson og Swärd (red) side 23-54.

Mikkelsen, Sigurd (projektansvarlig). (2008). ASUSI-projektet. Et projekt om Arbejdsmiljø, Sygefravær, Udstødning, Social arv og Intervention. Slutrapport. September 2008. Center for Forskning Vedr. Sygefravær og Udstødning.

Mik-Meyer, Nanna (2003). *Den farefulde færd ind i klienten*. *Kronik i Dagbladet Information*. 21. marts 2003.

Mik-Meyer, Nanna (2002). *Socialrådgiverne skal på arbejde*. *Kommentar i Weekendavisen*. 20. september 2002.

Mortensen, Ole Steen, Johan Hviid Andersen, John Ektor-Andersen, Hege R. Eriksen, Nils Fallentin, Poul Frost, Jens Peder Haahr, Merete Labriola & Mette Kreutzfeld Zebis (2008). *Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. København. ("Hvidbog").

Mortensen Ole Steen, John Bang & Niels Ebbenhøj (2007) *Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger*. Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital.

Netterstrøm Bo (1993). *Psykosocial arbejdsbelastning og iskæmisk hjertesygdom*. København: Lægeforeningens forlag.

Nielsen, Claus V, Niels Michelsen & Britt T. Jensen (2004). *Klinisk socialmedicin – baggrund og begreber*. 3. udgave. FADL

Nielsen, Steffen B. & Lars Uggerhøj (2005). (Sags-)behandlende rettigheder. Artikel i "Uden for nummer" 11. 6. årg. Dansk Socialrådgiverforening.

- Nord Larsen, M (1991). Langvarig sygdom - problemer og konsekvenser. København. Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:5, 1991.
- Nordström-Björverud G. & Moritz U. (1998). Interdisciplinary rehabilitation of hospital employees with musculoskeletal disorders. *Scand J Rehab Med* 1998; 30: 31-37.
- Olsen, Ellen Ryg (2005). Syge på tvangsarbejde. Om behandlingen af førtidspensionsansøgere. Gyldendal.
- Olsen, Henning (2002). Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet. København: Akademisk Forlag
- Olsén, Peter & Birger S. Nielsen: Positivistisk empiri som virkelighedsreduktion. I Udkast, *Dansk tidsskrift for kritisk samfundsvidenskab*. Nr. 2. 1982.
- Pedersen, Tom, Christian N. Gluud, Peter C. Gøtzsche, Peter Matzen & Peer A. Wille-Jørgensen (2001). Hvad er evidensbaseret medicin? *Ugeskrift for Læger* 2001;163(27):3769
- Rasmussen Mette S., Drews D, Bonde Jens P., Ottesen, GG & Nielsen Claus V. (2004). Projekt 'I gang igen'. Et kontrolleret interventionsprojekt overfor sygedagpengemodtagere i udvalgte kommuner. Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus.
- Reason, Peter & Bradbury, Hilary (2002). Introduction: Inquiry and Participation in Search of a World Worthy of Human Aspiration. I Reason & Bradbury (eds): *Handbook of Action Research*. SAGE Publications, London.
- Rhodes, Susan R & Richard M. Steers (1990). *Managing Employee Absenteeism*. Addison-Wesley.
- Rothmann, Kenneth J (2002). Introduction to epidemiologic thinking. What is causation? I Rothmann: *Epidemiology. An Introduction*. Oxford University Press.
- Rothmann, Kenneth J & Sander Greenland (1998). Causation and Causal Inference. I *Modern Epidemiology*. Second edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sennet Richard (2003). *Respekt i en verden af ulighed*. Hovedland.
- Sennett Richard (1999). *Det fleksible menneske eller Arbejdets forvandling og personlighedens nedsmelting*. Hovedland.
- Siegrist Johannes (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1:27-41.
- Siegrist Johannes, Peter R, Junge A, Cremer P. & Seidel D (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med* 1990;31:1127-34.
- Silverman, David (1993). *Interpreting Qualitative Research*. Sage Publications. London.
- Skogens, Lisa (2005). Socialsekreterares bedömningar – finns någon form av konsensus? *Social-ventenskaplig tidskrift* nr 4.
- Stoltenberg Christian D.G & Peder G. Skov (2010). Determinants of return to work after long-term sickness absence in six Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38: 299–308

- Strauss, Anselm & Juliet Corbin (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded theory*. Sage Publications.
- Svendson, Idamarie Leth (2005). Proces og socialret – overvejelser om de retlige krav, der stilles til socialrådgiveren i dag. Artikel i *Uden for* nummer 11. 6. årg. Dansk Socialrådgiverforening.
- Swane, Christine E. (1996). *Hverdagen med demens. Billeddannelser og hverdagserfaringer i kulturgerontologisk perspektiv*. København, Munksgaard.
- Swärd, Hans & Bengt Starrin (2007). Magt og socialt arbejde. I Meeuwisse, Sunesson & Swärd (red) side 240-258.
- Söderbaum Peter (1990). *Ekologisk økonomi*. Studentlitteratur. Lund
- Tashakkori, Abbas. & Teddlie Charles (1998). *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Applied Social Research Methods Series Volume 46. Sage Publications.
- Thyssen, Ole & Henrik Dahl (2006). *Krigeren, borgeren og taberen*. Gyldendal.
- Thyssen, Ole (1984). *Arbejdsløs, arbejdsfri*. Haase.
- Thyssen, Ole (1979). *Efter arbejdet, på vej mod fritidssamfundet*. Gyldendals Bogklub.
- Tuomi K, Toikkanen J, Backman A-L, Eskelinen L, Ilmarinen J, Järvinen E & Klockars M (Tuomi et al 1991a). Mortality, disability and changes in occupation among aging municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 17(suppl 1):58-66.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Eskelinen L, Järvinen E, Toikkanen J, Klockars M (Tuomi et al 1991b). Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. *Scand J Work Environ Health* 17(suppl 1):67-74.
- Villadsen, Kasper (2004). *Det sociale arbejdets genealogi. Om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. Hans Reitzels Forlag.
- Aagaard Nielsen, Kurt (2004). *Aktionsforskningens videnskabsteori*. I Lars Fuglsang & Poul Bitsch Olsen (red.). *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer*. Roskilde Universitetsforlag



## LOVE, BEKENDTGØRELSER MV:

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2010). Arbejdsevnetoden.

<http://www.arbejdsevnetode.dk/sagsbehandlere/>

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2006). Bekendtgørelse nr. 1402 af 13/12 2006.

Beskæftigelsesministeriet (2005). Serviceeftersyn. Flere i arbejde. Analysepapir 3. Overførselsindkomstmottagere, langtidsledighed og marginalisering. København.

Beskæftigelsesministeriet (2003). Analyse af det danske sygefravær. København.

Socialministeriet (2001). Arbejdsevnetode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne. 2001.



## Del II

Evaluering af Arbejdsfastholdelse,  
et samarbejdsprojekt over for  
sygedagpengemodtagere i Greve,  
Gundsø, Solrød og Køge kommuner



# Evaluering af

## Arbejdsfastholdelse, et samarbejdsprojekt over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner

Aksel Skovgaard Clausen  
Christian Stoltenberg  
Peder Georg Skov

September 2008  
Arbejdsmedicinsk afdeling



## Forord

Hermed foreligger den endelige evaluering af Projekt Arbejdsfastholdelse, et samarbejdsprojekt over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner.

Evalueringen er delt i fire dele.

I første del præsenteres den arbejdsmedicinske interventions formål og metode, samt resultaterne fra den kvantitative dataindsamling, der har fundet sted for at vurdere, om den arbejdsmedicinske intervention har haft en målbar effekt. Der præsenteres også ud fra statistiske analyser bud på sammenhænge mellem graden af tilbagevenden til arbejde og en række variable. Der lægges vægt på at besvare spørgsmålene om der har været en effekt af interventionen, og om hvilke sammenhænge, der ligger bag graden af tilbagevenden til arbejde.

I sin oprindelige udformning hed projektet ”Projekt arbejdsfastholdelse, en kontrolleret interventionsundersøgelse af sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner.” Første del af denne rapport er en evaluering af projektet med denne titel, idet der her lægges vægt på at evaluere ud fra den kvantitative dataindsamling, der lå i projektets oprindelige design.

I anden del af evalueringen præsenteres resultaterne fra den kvalitative dataindsamling. Denne er lagt til første del af evalueringen i erkendelsen af, at de kvantitative data ikke giver noget godt bud på hvorfor interventionen virker eller ikke virker. Desuden identificeres en række temaområder i sagsbehandlings praktiske udførelse, som har potentielt afgørende betydning for både at kunne intervenere med succes og for at sagsbehandlingen i sygedagpengesager kan udføres godt. Spørgsmålene og temaerne i denne del af evalueringen er: Gør en arbejdsmedicinsk intervention en forskel i sygedagpengesager? Er der forskelle i sagsbehandlingen af sygedagpengesager?

I tredje del af evalueringen opstiller vi en række scenarier for ”Den gode sagsbehandling” i sygedagpengesager.

Afslutningsvis kommer vi i fjerde del med en række anbefalinger til og perspektiver på fremtidigt arbejde på området.

Forfatter til første del af evalueringen er cand.scient.soc. Christian Stoltenberg. Forfatter til anden og tredje del er cand.merc. Aksel Skovgaard Clausen. Den afsluttende fjerde del er skrevet af de to i fællesskab. Ledende overlæge Peder Skov har været med i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af projektet, og har været overordnet ansvarlig for evalueringen.

Udover de nævnte, har følgende været involveret i projektets udførelse: Overlæge Per Gregersen var sammen med Sundhedspolitisk Kontaktudvalg i Roskilde Amt initiativtager til projektet og indtil sin pensionering i 2005 aktivt involveret. 1. reservelæge Anne Møller, der har været med i en stor del af planlægningen og formidlingen af resultater. 1. reservelæge Ivar Heltberg deltog i projektets første år. Projektmedarbejder Rafael Radchenko, der har lavet et stort arbejde med at få styr på data og analysere. Før ham var det studentermedarbejder Michael Nørhave, der kæmpede med data. Vi takker statistiker Jacob Marott fra Arbejds- og miljømedicinsk klinik Bispebjerg Hospital og lektor Svend Kreiner fra Biostatistisk afdeling, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet for hjælp med tilrettelæggelsen af den statistiske analyse. Forudgående hjælp specialkonsulent Jørn Hedegaard Rasmussen fra Arbejdsmarkedsstyrelsen os med at opbygge et datasæt fra DREAM-databasen.

Vi retter en stor tak til alle borgere og sagsbehandlere, der har bidraget til evalueringen af projektet med deres deltagelse i interview og fremtidsværksted. Desuden takker vi seniorforsker Merete Labriola, NFA, socialrådgiver Helle Tornemand, AMK Regionshospital Skive, professor Bent Greve, Institut for Samfund og Globalisering, RUC, vicedirektør Susanne Lønborg Friis, Sygehus Nord, Region Sjælland, sygeplejefaglig forskningsleder Dorthe Overgaard, Roskilde Sygehus, socialrådgiver Johnna Sørensen, Greve kommune socialformidler Hanne Nielsen, Greve kommune og socialrådgiver Charlotte Aastrand, Greve kommune, for at have gennemlæst og kommenteret hele eller dele af udkastet til manuskript.

Der er foretaget en ekstern evaluering af projektet: "En evaluering af samarbejdet mellem Arbejdsmedicinsk Klinik og kommunale sagsbehandlinger om arbejdsfastholdelse i forbindelse med sygdom" gennemført af forskere fra Roskilde Universitetscenter. Denne eksterne evaluering omtales undervejs, når der er sammenfald i pointer eller modstridende konklusioner.

Evalueringen er finansieret af Arbejdsmarkedsstyrelsen. Projektet har tidligere modtaget støtte fra Koordinationsudvalgene i Greve, Gundsø og Solrød kommuner, samt Sygekassernes Helsefond.

Relaterede dokumenter til denne evaluering, der kan downloades fra projektets hjemmeside [www.arbejdsfastholdelserask.dk](http://www.arbejdsfastholdelserask.dk):

- Den eksterne evaluering af projektet (Hofmeister og Nielsen 2007).
- Protokol fra Fremtidsværkstedet den 19. november 2007 (i anonymiseret udgave inkl. sammenfatning).
- Præsentation af den trinvis model for analyse af interviewdata inkl. eksempel på tekstanalyse.
- Forudgående introduktionsbreve til interviewpersoner.
- Interviewguider.

# Indholdsfortegnelse

<b>SAMMENFATNING</b> .....	<b>6</b>
<b>DEL I: DEN KVANTITATIVE EVALUERING</b> .....	<b>10</b>
<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>10</b>
<b>2. MATERIALE OG METODER</b> .....	<b>10</b>
2.1. AFGRÆNSNING AF POPULATION TIL DEN STATISTISKE ANALYSE .....	10
2.2. INTERVENTIONEN.....	12
2.3. STATISTISKE METODER .....	13
<b>3. RESULTATER</b> .....	<b>13</b>
3.1. OPFØLGNINGEN .....	15
3.2. COX-REGRESSIONSANALYSE.....	16
3.3. TILFREDSHED MED DEN ARBEJDSMEDICINSKE KONSULTATION OG SAMTALEN I KOMMUNEN.....	19
<b>4. DISKUSSION</b> .....	<b>20</b>
4.1 EFFEKTEN AF INTERVENTIONEN PÅ TTA .....	20
4.2. ANDRE STUDIER AF EFFEKTEN AF EN ARBEJDSMEDICINSK INTERVENTION .....	22
4.3. HAR ARBEJDSMEDICINSKE INTERVENTIONER EN EFFEKT PÅ TTA? .....	24
4.4. EFFEKTEN AF BAGGRUNDSVARIABLE.....	24
<b>5. KONKLUSION PÅ DEN KVANTITATIVE DEL AF EVALUERINGEN</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERENCER</b> .....	<b>27</b>
<b>BILAG A: ANVENDTE VARIABLE</b> .....	<b>28</b>



<b>DEL II: DEN KVALITATIVE EVALUERING .....</b>	<b>29</b>
<b>1. BAGGRUND OG FORMÅL .....</b>	<b>29</b>
<b>2. MATERIALER OG METODER .....</b>	<b>31</b>
2.1 INTERVIEW.....	31
2.1.1 Interview med borgere .....	32
2.1.2 Interview med sagsbehandlere .....	33
2.2 FREMTIDSVÆRKSTED .....	34
<b>3. RESULTATER .....</b>	<b>35</b>
3.1 GØR DEN ARBEJDSMEDICINSKE INTERVENTION EN FORSKEL? .....	35
3.1.1 Borgernes udsagn.....	35
3.1.2 Sagsbehandlingernes udsagn .....	37
3.1.3 Diskussion .....	42
3.2 FORSKELLE PÅ SAGSBEHANDLINGEN .....	44
3.2.1 Sagsbehandlingens umiddelbare faglige og metodiske kvalitet .....	44
3.2.2 Arbejdsprøvning.....	46
3.2.3 Sygdomsforståelser .....	50
3.2.4 Fokus på arbejdsliv, sygdom eller fremtid? .....	52
3.2.5 Viden om sygdom, lovgivning og arbejdsmarked.....	53
3.2.6 Autonomien i arbejdet.....	56
3.2.7 Regelstyring eller fleksible løsninger tilpasset den enkelte?.....	58
3.2.8 Diskussion .....	60
<b>4. KONKLUSION PÅ DEN KVALITATIVE DEL AF EVALUERINGEN .....</b>	<b>64</b>
<b>DEL III: SCENARIER FOR ”DEN GODE SAGSBEHANDLING” .....</b>	<b>65</b>
<b>DEL IV: ANBEFALINGER TIL FREMTIDIGE INTERVENTIONSPROJEKTER.....</b>	<b>68</b>

# Sammenfatning

## *Den kvantitative evaluering*

### **Baggrund og formål**

Mange interventionsstudier inden for sygefravær og arbejdsfastholdelse anvender sygefraværslængden som en indikator for interventionens succes. En sygefraværperiodes afslutning er dog ikke nødvendigvis et tegn på en positiv afslutning. Et mere langsigtet kriterium for om en intervention ender som en succes, er tilbagevenden til arbejde (TTA). Formålet med denne ikke-randomiserede, kontrollerede undersøgelse var dels at vurdere, om en arbejdsmedicinsk intervention overfor langvarigt sygemeldte borgere kunne øge TTA, og dels at vurdere effekten af en række demografiske og sociale faktorer på TTA.

### **Materialer og metoder**

Sygemeldte borgere fra fire forskellige kommuner blev henvist til en arbejdsmedicinsk konsultation, hvis de havde en dårlig erhvervsprognose og/eller uklar diagnose i perioden 1/10 2002 til 31/12 2005. En Proportional Hazard Cox regressions-model blev anvendt til at vurdere forskellen i tid til TTA mellem de, der var henvist til interventionen, og de, der ikke var, kontrolleret for en række baggrundsfaktorer.

### **Resultater**

Hazard ratioen for TTA var ca. halvt så stor for de henviste som for de ikke henviste. Det vil sige, at de henviste i mindre grad vendte tilbage til et arbejde end de ikke henviste, selv efter korrektion for en række væsentlige baggrundsfaktorer såsom køn, indkomst, etnicitet, som alle havde betydning for TTA. Til gengæld var der en øget frekvens af de henviste, der fik tilkendt et fleksjob eller en helbredsbetingsførtidspension. Der var dog nogle væsentlige forskelle på de henviste i forhold til de ikke henviste, som tydede på, at der var tale om en specielt udvalgt gruppe. Der var tydelige forskelle i TTA mellem undersøgelsens kommuner, også når man i analyserne kontrollerer for en del af de sociale forskelle, der er for de sygemeldte i kommunerne.

### **Konklusion**

Den arbejdsmedicinske intervention over for langtidssygemeldte borgere synes i denne undersøgelse at have en negativ effekt på TTA. Formentlig skyldes det, at de henviste udgjorde en selekteret gruppe med dårlig prognose for TTA. Dette var dog ikke muligt at afgøre som følge af undersøgelsens design som en ikke-randomiseret undersøgelse. Fremtidig forskning i interventioners effekt på TTA bør være randomiserede på individ niveau og ikke på kommune niveau, idet denne undersøgelse har vist at korrektion for væsentlige baggrundsfaktorer ikke kan forventes at fjerne store forskelle på TTA kommunerne imellem.

## ***Den kvalitative evaluering***

### **Baggrund og formål**

Hovedspørgsmålene for denne kvalitative evaluering var om en arbejdsmedicinsk intervention gør en forskel i sygedagpengesager, samt om hvilke forhold i interventionen der fungerer godt, og hvilke forhold der fungerer mindre godt? Desuden spørges der til om der er generelle forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de?

### **Materialer og metoder**

Der er interviewet 20 borgere, der har haft en sygedagpengesag, og som har været til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling som led i en intervention. Der er også interviewet 22 sagsbehandlere, der arbejder med sygedagpengesager, og som har arbejdet med interventioner. Alle interview er foretaget ved hjælp af individuelle fokusinterview.

Der er som supplement til den kvalitative dataindsamling afholdt et fremtidsværksted med temaet: ”Den gode sagsbehandling ved langtidssygdom og nedsat erhvervsevne.” Ved værkstedet deltog i alt 19 sagsbehandlere, borgere eller læger, samt tre facilitatorer (forskere). Som oplæg til værkstedet forelå et problemkatalog udarbejdet med udgangspunkt i udsagn fra interviewene. Kataloget blev på værkstedet præsenteret og suppleret med yderligere problemer. I denne afrapportering bidrager fremtidsværkstedet, sammen med resultaterne fra interviewene, til de her skitserede scenarier for ”Den gode sagsbehandling.”

### **Resultater**

Den arbejdsmedicinske undersøgelse giver borgere mulighed for at blive mere afklaret om deres erhvervsmuligheder og få nye erkendelser om deres sygdom. Det gælder især i vanskelige og længerevarende sager, at arbejdsmedicineren kan bidrage med en opsamlende kompetence i forholdet mellem arbejde og helbred. Den arbejdsmedicinske journal og rundbordssamtalerne er særlige positive elementer i interventionen.

I de undersøgte kommuner er der så store forskelle på arbejdet med sygedagpengesager, at forskellene kan have afgørende betydning for sagsbehandlingens længde og afgørelser. Forskellene viser sig umiddelbart som forskelle i arbejdets udførelse. De umiddelbart afdækkede forskelle består i: *Lovgrundlaget for hvor arbejdsprøvning skal foregå er tvetydigt og tolkes forskelligt i praksis.* Dette medfører i en række tilfælde arbejdsprøvnings, der forekommer meningsløse for mindst den ene part, og som ikke lever op til intentionerne i loven. Desuden trækker mange sager unødigt langt ud. *Forskelle i arbejdets udførelse.* Nogle borgere oplever indforstået sprogbrug og deraf følgende misforståelser, manglende forberedelse (læsning af papirer) fra sagsbehandlerens side før samtalen, manglende udmeldinger om, hvor lang tid borgerens sag kan forventes at tage, nedskrivning af misforståelser og forkerte forhold i journalen, manglende opfølgning, manglende lovede tilbagemeldin-

ger til borgere, der reelt selv må være primært ansvarlige for opfølgningen, og sager, der ”glemmes.”

Om forskellene på arbejdets udførelse skal siges, at de borgere, der har indvilliget i at lade sig interviewe, kan tænkes i højere grad end øvrige borgere med en sygedagpengesag at bestå af ”utilfredse” borgere. Dette understøttes af den kvantitative undersøgelses måling af, om samtalen i kommunen var ”god og relevant,” hvor andelen af ”nej”-svarere ligger i størrelsesorden en femtedel, mens omtrent to tredjedele af borgerne i minimum nogen grad synes samtalen var ”god og relevant.” Når resultaterne alligevel fremhæves som ”store forskelle i arbejdets udførelse” skyldes det, at selv hvis det fx ”kun” er en femtedel af borgerne, der oplever en ”dårlig” sagsbehandling, da kan det selvsagt få uheldige konsekvenser i mange af sagerne.

Bag ved de her fremhævede to umiddelbart afdækkede forskelle på sagsbehandlingen gemmer sig flere forhold, der har indirekte betydning for sagsbehandlingskvaliteten og som i høj grad kan forklare de oplevede forskelle: For det første skal fremhæves *den autonome organisering af arbejdet med sagsbehandling i sygedagpengesager*. Hovedreglen er, at hver sag behandles af én sagsbehandler, og det er undtagelsen, at der sker fælles drøftelse af sagerne eller foretages supervision. Det er almindeligt, at når sagsbehandleren uanset årsag ikke er til stede, så går arbejdet med borgerens sag i stå. For det andet skal fremhæves *sagsbehandlerens svære rolle som en slags ”socialfaglig koordinator” med krav om sammenstilling af viden om sygdom, jura og arbejdsmarked*. Der er især problemer med at afgøre hvilke lægefaglige udsagn, der skal vægtes og hvordan.

Der er afdækket tre andre forhold, der kan have indirekte betydning for sagsbehandlingskvaliteten og i nogen grad kan forklare de oplevede forskelle. *Sagsbehandlerens arbejdsmarkedsoverretning* kan skygge for relevant viden om arbejdsliv og motivation. Meget tyder på, at kommunikationen mellem borger og sagsbehandler ville kunne komme meget bedre i gang, hvis der i højere grad indledningsvist lægges øre til borgerens samlede arbejdslivs- og sygdomshistorie. Dermed ville der kunne opnås en bedre forståelse for borgerens grundlæggende og aktuelle motivation. *Sagsbehandlerens sygdomsforståelse* kan spille ind på arbejdet, især om og når der skal forsøges afdækket mulige sociale og forsørgelsesmæssige problemer, der kan ”stikke under” en sygemelding. *Regelstyring er for dominerende frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte*. Regler og lovgivning er for detaljeret og betyder i en række tilfælde krav om både overflødig og meningsløs dokumentation og opfølgning. En borger udtrykker om dette, at tankegangen i forvaltningen i for høj grad synes at blive ”Kan det lade sig gøre?” i stedet for at tænke ”Hvad skal der til, for at det kan lade sig gøre?”

## Konklusion

Den arbejdsmedicinske undersøgelse giver borgere mulighed for at blive mere afklarede og få nye erkendelser om deres sygdom og deres erhvervsmuligheder. Det gælder især i vanskelige og længe-revarende sager, at arbejdsmedicineren kan bidrage med en opsamlende kompetence i forholdet mellem arbejde og helbred. Den arbejdsmedicinske journal og rundbordssamtalerne er særlige positive elementer i interventionen.

I de undersøgte kommuner er der væsentlige forskelle på arbejdet med sygedagpengesager. Forskellene kan have afgørende betydning for sagsbehandlingslængde og afgørelser. Især skal fremhæves, at der i arbejdet med arbejdsprøvning er usikkerhed om tolkningen af lovgrundlaget.

Der er desuden identificeret en række forhold, der indvirker på forskellene i arbejdet med sygedagpengesager, og som i høj grad kan forklare disse. Forholdene er: En meget autonom organisering af arbejdet. En for ensidig orientering imod arbejdsmarkedet. Sygdomsforståelsen. En for dominerende regelstyring frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte.

## Anbefalinger

Den arbejdsmedicinske intervention, som den har været udført i denne undersøgelse, har bedømt ud fra den kvalitative evaluering en vigtig funktion i afklaringen af arbejdsevnen hos borgere med et længerevarende og kompliceret sygedagpengeforløb. At så stor en andel af de henviste endte på fleksjob, ledighedsydelse, revalidering og førtidspension støtter denne vurdering. Andre danske undersøgelser, hvor der er foretaget lignende arbejdsmedicinske interventioner, har heller ikke påvist en effekt på TTA, men dog en mindre effekt på sygefraværslængde og tilkendelser af fleksjob og revalidering. Det er nødvendigt, at den arbejdsmedicinske intervention udvikles og præciseres til veldefinerede målgrupper, der undersøges i individuelt randomiserede projekter.

Efter de kvantitative og kvalitative dataindsamlinger blev der afholdt et fremtidsværksted, hvor der var enighed mellem sagsbehandlere og borgere om såvel identificerede problemer som en lang række løsningsmuligheder. Ud fra det foreliggende materiale udarbejdet ved fremtidsværkstedet, kan udledes at følgende principper bør ligge til grund for "Den gode sagsbehandling":

- 1) Et højt bundniveau (fejl er sjældne eller forekommer ikke, der træffes rigtige afgørelser).
- 2) Der er ikke unødigt lang sagsbehandling (samme sag begynder aldrig forfra og "glemmes" ikke i opfølgningen).
- 3) Borgerens sag bliver individuelt behandlet fra begyndelsen.
- 4) Sagsbehandlerens "gode arbejde", er et arbejde der kan tilrettelægges selvstændigt og med tilgængelig sparring til umiddelbar rådighed, og med mulighed for fortsat læring fra kolleger, ved kurser, temadage mv. med henblik på arbejdsfastholdelse.
- 5) Teamwork og tværfaglig organisering.
- 6) Et princip om fælles ansvar i hver enkelt sag for både borger og sagsbehandler.

# DEL I: Den kvantitative evaluering

## 1. Indledning

Sygefravær udgør i dag et betydeligt problem, ikke kun for den enkelte sygemeldte, men også for dennes arbejdsgiver og samfundsøkonomien. Ifølge Danmarks Statistik er antallet af personer på sygedagpenge fordoblet over de sidste 20 år fra ca. 150.000 i 1985 til ca. 300.000 i 2005 (Statistikbanken 2008). Der er derfor god grund til både at se på, hvad det øgede sygefravær skyldes, samt hvad man kan gøre for at få folk tilbage i arbejde igen. Hvor der de senere år har været en del danske undersøgelser, der har beskæftiget sig med faktorer af betydning for sygefravær, er de faktorer, der har betydning for tilbagevenden til arbejde (TTA), langt dårligere belyst (Labriola et al. 2007). Formålet med denne undersøgelse var dels at vurdere, om en arbejdsmedicinsk visitation og intervention af langvarigt sygemeldte borgere kunne øge TTA, og dels at vurdere effekten af en række demografiske og sociale faktorer på TTA.

Denne undersøgelse er blevet anmeldt til Datatilsynet, og Videnskabsetisk Komité har meddelt os, at deres godkendelse af undersøgelsen ikke er nødvendig.

## 2. Materiale og metoder

Undersøgelsen foregik i fire forsøgskommuner, Greve, Gundsø, Solrød og Køge, samt i to kontrolkommuner, Roskilde og Skovbo. Materialet bestod af borgere, der mellem den 1. oktober 2002 og den 31. december 2005 fik oprettet en sygedagpengesag med opfølgning i en af de seks kommuner. Registreringen af studiepopulationen og den enkelte borgers primære sygdomsårsag blev gennemført ved hjælp af indberetnings- og statistikapplikationen Excelsia. Både sagsbehandlere og medarbejdere fra Arbejdsmedicinsk afdeling deltog i registreringen.

Opfølgningen foregik vha. databasen DREAM, der på CPR-nummer niveau indeholder data om modtagelse af overførselsindkomster for hver uge for alle, som indenfor de seneste 15 år har modtaget offentlige ydelser (Christensen et al. 2007). Informationer om borgernes etniske tilhørsforhold blev også hentet fra DREAM og informationer om uddannelse, indkomst og beskæftigelse blev hentet fra Danmarks Statistik. Endelig blev informationer om borgernes tilfredshed med hhv. kommunens sagsbehandling samt med den arbejdsmedicinske intervention indsamlet igennem et spørgeskema, der blev udsendt cirka et år efter folks sygemelding. Bilag A beskriver de variable vi har anvendt i analysen og deres respektive datakilder.

### 2.1. Afgrænsning af population til den statistiske analyse

Der blev i Excelsia registreret i alt 11.580 borgere, der blev syge mellem den 1/10 2002 og den 31/12 2005 i de seks kommuner. Da vi primært var interesserede i at undersøge effekten af interventionen blandt de borgere, der var langvarigt sygemeldte (i denne undersøgelse defineret som længere end 8 uger) fra enten et arbejde eller a-kasse og var i den erhvervsaktive alder, anvendte vi følgende kriterier for inklusion i den statistiske analyse:

- Man skulle have haft en sygeperiode af mindst 8 ugers varighed
- Man måtte ikke have modtaget nogen form for overførselsindkomst i ugen før sygemeldingen ud over dagpenge fra en a-kasse
- Man skulle være fra 18 til og med 58 år på sygemeldingstidspunktet

Da der i nogle tilfælde ikke var fuld overensstemmelse mellem de sygemeldingsdatoer, der var blevet registreret i kommunen gennem Excelsia og de sygemeldingsdatoer, der var registreret i DREAM, blev det derudover besluttet, at borgere, hvis sygemelding ikke stemte overens +/- 4 uger i disse to datakilder, skulle ekskluderes fra analysen.

Hvis der for en sygemeldt, der ikke blev henvist til arbejdsmedicinsk afdeling, var registreret flere sygeperioder, bevarede den sidste, der ligger inden for studieperioden og i øvrigt opfyldte de ovennævnte kriterier. Hvis der for en sygemeldt, der blev henvist, var registreret mere end en sygemeldingsperiode, blev den sygeperiode hvori personen var blevet henvist valgt. Der var i alt 7.709 personer, der opfyldte alle de ovennævnte kriterier. Udvælgelsen af personer til analysen kan skitseres således:

**Figur 1: Udvælgelse af henviste og ikke-henviste til analysen**

	Henviste	Ikke henviste	
Registrerede henviste i studieperioden*	457	11.123	Registrerede ikke henviste i studieperioden
Syg i ≥8 uger fra arbejde/ a-kasse	426	8.699	Syg i ≥8 uger fra arbejde/ a-kasse
Registreringen i Excelsia passer med DREAM†	378	8.158	Registreringen i Excelsia passer med DREAM
Alder 18-58	374	7.335	Alder 18-58
Samlet antal personer i analysen	7.709		

\* Personerne i henvisningsgruppen skulle senest være henvist den 31. december 2006.

† For de henviste gjaldt det endvidere, at deres henvisning skulle falde i en sygeperiode, der opfyldte alle kriterierne.

Efter udvælgelsen til analysen var der 7.335 borgere i ikke-henvisningsgruppen og 374 i henvisningsgruppen. Langt de fleste af dem, der blev henvist kom også til konsultation på Arbejdsmedicinsk afdeling. Kun 13 ud af de 374 kom af forskellige årsager ikke til konsultation. Vi har dog valgt i disse analyser at inkludere dem alligevel i analysen, fordi vi betragter interventionen igangsat i det øjeblik folk bliver opmærksomme på, at der bliver intervenseret overfor dem – dvs. i det øjeblik de modtager henvisningen. For nogle mennesker kan det at modtage en henvisning til en arbejdsmedicinsk undersøgelse være nok grund til at raskmelde sig, fordi problemet alligevel ikke er så stort. For andre kan henvisningen bevirke, at de venter med at tage beslutning om deres erhvervsmæssige fremtid til de har konsulteret arbejdsmedicineren. Derfor har vi valgt at analysere

fra det tidspunkt, hvor folk blev henvist og ikke fra undersøgelsestidspunktet i sig selv. Tiden fra henvisning til konsultation var relativ kort. I gennemsnit gik der 4,4 uger fra henvisning til konsultation og kun 3,9% af ventetiderne var over 8 uger.

## 2.2. Interventionen

Interventionen bestod af tre dele: først et indledende fælles visitationsmøde mellem den enkelte kommune og Arbejdsmedicinsk afdeling, dernæst selve den arbejdsmedicinske konsultation, og endelig opfølgning efter behov.

For at komme i betragtning til interventionen skulle sagsbehandleren vurdere at borgeren havde en usikker erhvervsprognose og/eller en uklar diagnose.

En *usikker erhvervsprognose* blev forstået, som at personens sygdom havde gjort hans/hendes arbejdsmarkedstilknytning usikker, og at det derfor på de foreliggende oplysninger var usikkert, om personen kunne fortsætte i dennes aktuelle erhverv eller fx burde skifte til et andet arbejde eller revalideres. En *uklar diagnose* blev forstået som en uspecifik diagnose (eks. ”ondt i ryggen”), hvor det ikke ud fra de foreliggende oplysninger (fx refusionsanmodning, statusattest eller generel helbredsattest) var klart, hvornår borgeren kunne vende tilbage til sit arbejde igen eller hvorvidt et erhvervsskifte var nødvendigt.

Visitationsmøderne fandt sted hver 14. dag i hver af de fire forsøgskommuner med deltagelse af en læge fra Arbejdsmedicinsk afdeling og sagsbehandlerne i opfølgningsgruppen i den pågældende kommune. Ved mødet blev alle nye relevante sager gennemgået og visiterede borgere blev indkaldt til en arbejdsmedicinsk konsultation på Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus.

Den arbejdsmedicinske konsultation varede normalt 1-1½ time og bestod af optagelse af en generel anamnese, en erhvervsanamnese, samt en objektiv undersøgelse, hvis en sådan var relevant. Konsultationen afsluttedes med at lægen orienterede borgeren om sin konklusion vedrørende diagnosen, hvorvidt sygdommen gav begrænsninger i personens arbejdsevne, samt hvilket arbejde personen kunne klare og ikke klare. Lægen kunne også tage stilling til, hvorvidt der var behov for et arbejdspladsbesøg eller en rundbordssamtale med relevante parter. Der blev på baggrund af den arbejdsmedicinske konsultation skrevet en patientjournal. I journalens konklusion blev der fx foreslået optimering af behandling ved sygdom, ændringer i arbejdsprocedurer eller -funktion, anvendelse af en overgangsordning, opkvalificering, uddannelse eller holdningsbearbejdning. Journalen blev sendt til borgeren og, efter samtykke, til såvel egen læge som kommunen.

Socialforvaltningen arbejdede herefter videre med sagsbehandlingen med stillingtagen til eventuelle sociale foranstaltninger (revalidering, fleksjob, videreuddannelse m.m.) eller afslutning af sagen. Socialforvaltningen kunne følge sagen op med Arbejdsmedicinsk afdeling, fx ved de følgende visitationsmøder, eller ved fællesmøder/rundbordssamtaler mellem borgeren, socialforvaltningen og



Arbejdsmedicinsk afdeling eller ved telefonkontakt. Ligeledes kunne Arbejdsmedicinsk afdeling følge sagen op ved kontakt til fagforeningen, arbejdspladsbesøg eller rundbordssamtale.

De ikke henviste borgere modtog den sædvanlige sagsbehandling i den pågældende socialforvaltningens opfølgingsgruppe, fx med henvisning til speciallægeundersøgelser, stillingtagen til sociale foranstaltninger (revalidering, fleksjob, videreuddannelse m.m.) eller afslutning af sagen.

### 2.3. Statistiske metoder

Både spørgsmålet om effekten af den arbejdsmedicinske intervention samt vurderingen af årsager til langvarig sygemelding og efterfølgende udstødning blev analyseret ved hjælp af en Cox proportional hazard regressionsanalyse, hvor den afhængige variabel var tid fra sygemelding til tilbagevenden til arbejde. Tilbagevenden til arbejde (TTA) blev defineret som ikke at have modtaget nogen overførselsindkomst i ugen efter ophør af modtagelse af sygedagpenge ifølge DREAM. Da den arbejdsmedicinske intervention var igangsat på forskellige tidspunkter i forhold til personernes sygemelding blev denne variabel inddraget som en tidsafhængig variabel, hvor man kunne indgå som ikke henvist indtil man blev henvist. De øvrige variable indgik alle som tidsuafhængige variable. Linearitetsantagelsen blev testet vha. marginal-plots og proportionalitetsantagelsen blev testet vha. log-minus-log plots og Schoenfeld plots. Ties blev håndteret vha. Breslow approksimationen, hvis resultater var meget sammenlignelige med den eksakte metode. Resultaterne af Cox regressionsanalyserne bliver præsenteret som såkaldte hazard ratioer, der udtrykker det relative forhold mellem forskellige grupperes hazard. Hazarden kan opfattes som den instantane risiko for at opleve et givet udfald i et lille tidsrum. I Cox proportional hazard regressionsanalysen antages det, at forholdet mellem to hazarder, dvs. hazard ratioen, er konstant over tid og log-lineær i modellens variable. Hvis fx kvinder har en højere hazard ratio for TTA end mænd, betyder det, at de til et hvilket som helst tidspunkt har X gange højere hazard end mænd.

Til at vurdere, om der var forskel mellem dem, der blev henvist, og dem der ikke blev henvist før sygemeldingen, anvendte vi  $\chi^2$ -tests og  $\gamma$ -tests, og til at analysere forholdet mellem herkomst, beskæftigelse og TTA anvendte vi en logistisk regressionsanalyse. Ud over sammenligningen af de to måder at håndtere ties på, som blev foretaget i SAS 9.1, blev alle analyser foretaget i SPSS 15.0.

### 3. Resultater

Den udvalgte population bestod af 7.709 personer, hvoraf 374 var blevet henvist til Arbejdsmedicinsk afdeling på forskellige tidspunkter i deres sygeforløb. Der var 4.602 kvinder og 3.107 mænd i populationen – begge næsten ligeligt fordelt blandt henviste og ikke henviste. Forskellen mellem henviste og ikke henviste ved baseline kan ses i tabel 1. Gennemsnitsalderen var 42,89 år for de henviste og 42,54 for de ikke henviste. Der var lidt flere indvandrere og efterkommere blandt de henviste (14,4%) end blandt de ikke henviste (8,6%). De borgere, der var blevet udvalgt til interventionen, var overvejende folk med bevægeapparatlidelser og i mindre grad psykiske og medicinske lidelser. Andelen af personer med bevægeapparatlidelser blandt de ikke henviste var betydeligt mindre.

**Table 1: Fordelingen af henviste og ikke-henviste på forskellige parametre**

Variabel	Henviste	Ikke-henviste	$\chi^2$ -test p-værdi
	N (%)	N (%)	
Køn			
Mand	148 (39,6%)	2959 (40,3%)	0,767
Kvinde	226 (60,4%)	4376 (59,7%)	
Alder			
Under 30	34 (9,1%)	912 (12,4%)	0,426
30-39	104 (27,8%)	2007 (27,4%)	
40-49	123 (32,9%)	2112 (28,8%)	
50-59	113 (30,2%)	2304 (31,4%)	
Herkomst			
Dansk	320 (85,6%)	6701 (91,4%)	0,002
Indvandrere/efterkommere	54 (14,4%)	634 (8,6%)	
Kommune*			
Kommune I	150 (7,5%)	1852 (92,5%)	-
Kommune II	79 (4,0%)	1921 (96,0%)	
Kommune III	0 (0%)	1561 (100,0%)	
Kommune IV	0 (0%)	656 (100,0%)	
Kommune V	30 (4,6%)	618 (95,4%)	
Kommune VI	115 (13,7%)	727 (86,3%)	
Diagnose†			
Bevægeapparatlidelser	290 (77,5%)	2987 (40,7%)	<0,001
Psykiske lidelser	41 (11,0%)	2151 (29,3%)	
Medicinske lidelser	38 (10,2%)	689 (9,4%)	
Kræft	1 (0,3%)	430 (5,9%)	
Andet	3 (0,8%)	616 (8,4%)	
Uoplyst	1 (0,3%)	462 (6,3%)	
Uddannelse‡			
Grundskole	137 (38,2%)	2042 (28,4%)	<0,001
Almen/Erhvervsgymn. udd.	17 (4,7%)	346 (4,8%)	
Erhv.fagl. praktik & hovedforløb	165 (46,0%)	3388 (47,1%)	
Kort videregående udd.	11 (3,1%)	306 (4,3%)	
Mellemlang videreg. udd.	26 (7,2%)	912 (12,7%)	
Lang videregående udd.	3 (0,8%)	200 (2,8%)	
Indkomst§			
Under 100.000	25 (6,7%)	335 (4,6%)	<0,001
100.000-149.999	36 (9,7%)	618 (8,4%)	
150.000-199.999	135 (36,2%)	1682 (23,0%)	
200.000-249.999	98 (26,3%)	2014 (27,5%)	
250.000-299.999	44 (11,8%)	1364 (18,6%)	
300.000-349.999	18 (4,8%)	649 (8,9%)	
Over 350.000	17 (4,6%)	665 (9,1%)	
Beskæftigelse			
Ledelse på øverste plan	9 (3,1%)	164 (2,6%)	<0,001
Arb. viden høj. niv.	5 (1,7%)	572 (9,2%)	
Arb. viden mellemniv.	35 (11,9%)	1299 (20,9%)	
Kontorarbejde	32 (10,9%)	923 (14,9%)	
Salgs-, service-, & omsorg	82 (28,0%)	1285 (20,7%)	
Landbrug, gartneri, skovbrug	3 (1,0%)	34 (0,5%)	
Håndværkspræget arb.	34 (11,6%)	740 (11,9%)	
Proces-, maskinoperatørb. Samt	30 (10,2%)	439 (7,1%)	
transport- og anlægsarb.			
Andet arbejde	63 (21,5%)	754 (12,1%)	

\* Procenter for kommune er opgjort for rækker og viser, hvor stor en andel af de sygemeldte kommunen har henvist

† Diagnose er uoplyst for 1 henvist og 462 ikke henviste

‡ Uddannelse er uoplyst for 15 henviste og 141 ikke henviste

§ Indkomst er uoplyst for 1 henvist og 8 ikke henviste

|| Beskæftigelse uoplyst for 81 henviste og 1125 ikke henviste

Den gennemsnitlige indkomst året før sygemeldingen var større for de ikke henviste, end for de henviste (236.078 kr. vs. 207.068 kr.), og de havde endvidere en længere uddannelse end de henviste ( $\gamma$ -test:  $p < 0,001$ ). Derudover var der flere blandt de ikke henviste, der året før de blev sygemeldte havde haft et arbejde, der forudsatte viden på høj eller mellemniveau, end der var blandt de henviste. Endelig havde de henviste haft færre uger uden overførselsindkomster end de ikke henviste i løbet af de forudgående 5 år før sygemeldingen (185,4 vs. 206,3 ud af 260 uger). Da kommune III og kommune IV kun var med i undersøgelsen som kontrolkommuner, bidrog disse kun med "ikke henviste".

### 3.1. Opfølgningen

Henvisningerne til Arbejdsmedicinsk afdeling fandt sted mellem 0 og 103 uger efter sygemeldingen og i gennemsnit 22,2 uger efter sygemeldingen. Halvdelen af henvisningerne havde fundet sted 17 uger efter sygemeldingen. Den gennemsnitlige totale sygelængde fra sygemelding til overgang til enten arbejde (ingen offentlig ydelse), anden offentlig ydelse, død eller udvandring var 58,4 uger for de henviste, og 32,5 uger for de ikke henviste. Den gennemsnitlige sygelængde ved henvisningen var således allerede relativ lang i forhold til den gennemsnitlige totale sygelængde for de ikke henviste.

Ud af de 374 henviste borgere, var der 13, der ikke kom til konsultation på Arbejdsmedicinsk afdeling. To af disse raskmeldte sig inden konsultation og resten af henvisningerne udeblev eller blev annulleret af andre årsager. For at holde fast i princippet om "intention to treat", blev disse 13 inkluderet i analyser, selvom de aldrig nåede at komme til konsultation på afdelingen.

Tabel 2 viser den status borgerne havde på arbejdsmarkedet i ugen efter de havde ophørt med at modtage sygedagpenge. Der var stor forskel på de henviste og de ikke henviste mht. arbejde, fleksjob, revalidering og førtidspension. Først og fremmest var andelen af dem, der var i arbejde dobbelt så stor blandt de ikke henviste som blandt de henviste (32,6% mod 64,7%). Derudover var andelen af borgere i fleksjob og på revalidering ca. fire gange større blandt de henviste end blandt de ikke henviste. Andelen af førtidspensioner var også væsentligt større blandt de henviste end de ikke henviste.

**Tablet 2: Status på arbejdsmarkedet i ugen efter sygeperioden ifølge DREAM**

	Henvist			Ikke henvist		
	Mand (%)	Kvinde (%)	Begge køn (%)	Mand (%)	Kvinde (%)	Begge køn (%)
I arbejde	51 (34,5)	71 (31,4)	122 (32,6)	1958 (66,2)	2791 (63,8)	4749 (64,7)
Dagpenge	21 (14,2)	35 (15,5)	56 (15,0)	363 (12,3)	699 (16,0)	1062 (14,5)
Fleksjob & ledighedsydelse	25 (16,9)	44 (19,5)	69 (18,4)	112 (3,8)	180 (4,1)	292 (4)
Revalidering	23 (15,5)	38 (16,8)	61 (16,3)	131 (4,4)	211 (4,8)	342 (4,7)
SU & SVU	0 (0)	1 (0,4)	1 (0,3)	7 (0,2)	20 (0,5)	27 (0,4)
Barselsdagpenge	1 (0,7)	3 (1,3)	4 (1,1)	6 (0,2)	42 (1,0)	48 (0,7)
Kontanthjælp	9 (6,1)	7 (3,1)	16 (4,3)	98 (3,3)	119 (2,7)	217 (3,0)
Førtidspension	14 (9,5)	16 (7,1)	30 (8,0)	151 (5,1)	183 (4,2)	334 (4,6)
Andet	2 (1,4)	4 (1,8)	6 (1,6)	5 (0,2)	24 (0,5)	29 (0,4)
Stadig syg v. opfølgning	2 (1,4)	6 (2,7)	8 (2,1)	46 (1,6)	57 (1,3)	103 (1,4)
Død/Udvandret	0 (0)	1 (0,4)	1 (0,3)	82 (2,8)	50 (1,1)	132 (1,8)
I alt	148 (100)	226 (100)	374 (100)	2959 (100)	4376 (100)	7335 (100)

### 3.2. Cox-regressionsanalyse

Tablet 3 viser resultaterne af de Cox-regressionsanalyser, der blev gennemført for henholdsvis mænd og kvinder. Som set af tabellen har de borgere, der er blevet henvist til konsultation på Arbejdsmedicinsk afdeling en lavere chance for at vende tilbage til arbejde end dem, der ikke er blevet henvist. I statistiske termer, ville man sige, at for de borgere, der til tid  $t$  endnu ikke er blevet henvist til Arbejdsmedicinsk afdeling er hazard ratioen for at vende tilbage til arbejdet ca. dobbelt så stor, som de borgere der til samme tid er blevet henvist. Resultatet er ens for mænd og kvinder og ændrer sig ikke nævneværdigt ved kontrol af de øvrige otte faktorer i den multivariate analyse.

Der er to variable, hvor effekten er markant forskellig for mænd og kvinder. For det første kan man kun se en tydelig alderseffekt for mænd, hvor ældre mænd har sværere ved at vende tilbage til arbejdet efter en langtidssygemelding end yngre mænd. Denne effekt ses ikke blandt kvinder. Derudover er effekten af herkomst stærkere for mænd end for kvinder, og effekten blandt kvinder forsvinder helt ved kontrol af de øvrige variable i den multivariate analyse. Det var især ved inklusionen af variablene "Beskæftigelse", "Indkomst" og "Antal uger uden overførselsindkomst ud af 260 uger før sygemelding" at effekten af herkomst for mænd og kvinder blev formindsket.

En separat logistisk regressionsanalyse af forholdet mellem beskæftigelse, herkomst og TTA viste, at blandt de borgere, som havde en højere stilling (ledelse samt arbejde, der forudsætter viden på høj/mellemniveau), var der ingen forskel mellem danskere og indvandrere/efterkommere, mens der blandt de resterende beskæftigelsesgrupper var ca. dobbelt så stor chance for TTA ved afslutningen af sygeperioden for en dansker ift. en indvandrer/efterkommer (data ikke vist).

Resultaterne i tabel 3 viser også tydelige forskelle imellem de seks kommuner. Selv efter kontrol for andre variable har borgerne i kommune II og V en signifikant højere hazard ratio for at vende tilbage til arbejde end borgerne i kommune I. Kvinder fra kommune IV derimod har en lavere hazard ratio for TTA og kvinder fra kommune VI har en højere hazard ratio for TTA end kvinder fra kom-

mune I i den multivariate analyse. Kommune III er den eneste kommune, som ikke adskiller sig signifikant fra kommune I.

Blandt mænd er diagnosekategorierne ”medicinske lidelser” og ”kræft” associeret med en lavere hazard ratio for TTA end ”bevægeapparatlidelser”. Dette resultat er uforandret i den multivariate analyse. Blandt kvinder er ”kræft” i den multivariate analyse også associeret med en lavere hazard ratio for TTA, og diagnosekategorien ”andet” er associeret med en højere hazard ratio for TTA end bevægeapparatlidelser.

Den multivariate analyse viste også at variablene uddannelse, indkomst og beskæftigelse var signifikante i modellen. For uddannelse gjaldt det, at en lang videregående uddannelse var relateret til en højere hazard ratio for TTA end grundskole. Dette resultat var ens for mænd og kvinder. For indkomst var tendensen, at jo højere indkomst desto højere hazard ratio for TTA. Indkomst var signifikant for begge køn, men blandt kvinder var ingen af indkomstkategorierne signifikante i sig selv. For beskæftigelse var de sidste to og tre beskæftigelsesgrupper for henholdsvis kvinder og mænd signifikant forskellige fra ”ledelse på øverst plan” i den multivariate analyse.

Endelig var der en stærk sammenhæng mellem antallet af uger uden overførselsindkomst i de 260 uger før sygemeldingen og TTA. Hazard ratioen på 1,01 for kvinder i den multivariate analyse skal her forstås som forskellen pr. uge. Beregningen skal foretages vha. beta-værdien af hazard ratioen, som i dette tilfælde for kvinder er 0,0048 (ikke vist). Holdes alle andre faktorer konstante vil forskellen udtrykt i en hazard ratio mellem to kvinder der hhv. har haft 20 og 220 uger uden overførselsindkomst i løbet af de 3 forudgående år være:  $\exp(0,0048 * 200) = \text{HR } 2,612$ .

**Table 3: Hazard ratios and 95% confidence intervals for the contribution to work for men and women**

Variabel	Mænd				Kvinder					
	N	HR†	(95% CI)	HR‡	(95% CI)	N	HR†	(95% CI)	HR‡	(95% CI)
Tid x Henvist										
Ikke henvist	-	1	***	1	***	-	1	***	1	***
Henvist	-	0,51	(0,38-0,67)	0,44	(0,31-0,63)	-	0,47	(0,37-0,60)	0,52	(0,40-0,68)
Alder10ÅrsIntervaller										
Under 30	448	1	***	1	***	498	1		1	
30-39	766	0,96	(0,83-1,11)	0,91	(0,77-1,08)	1345	1,13	(0,98-1,30)	1,07	(0,90-1,26)
40-49	872	0,88	(0,76-1,01)	0,85	(0,72-1,01)	1363	1,21	(1,05-1,39)	0,99	(0,84-1,17)
50-58	1021	0,69	(0,60-0,79)	0,63	(0,53-0,75)	1396	1,12	(0,98-1,29)	0,93	(0,79-1,10)
Kommune										
Kommune I	782	1	***	1	***	1220	1	***	1	***
Kommune II	836	1,25	(1,11-1,42)	1,38	(1,21-1,59)	1164	1,28	(1,15-1,42)	1,45	(1,30-1,62)
Kommune III	650	0,98	(0,86-1,12)	0,90	(0,77-1,05)	911	1,06	(0,95-1,18)	0,98	(0,86-1,11)
Kommune IV	273	1,11	(0,94-1,32)	1,00	(0,83-1,21)	383	0,93	(0,80-1,07)	0,80	(0,68-0,95)
Kommune V	242	1,44	(1,21-1,71)	1,31	(1,08-1,59)	406	1,62	(1,42-1,86)	1,54	(1,33-1,79)
Kommune VI	324	1,15	(0,98-1,35)	1,12	(0,93-1,34)	518	1,19	(1,05-1,36)	1,18	(1,02-1,36)
Herkomst										
Indvandrere & efterkommere	316	1	***	1	***	372	1	***	1	***
Danskere	2791	1,75	(1,48-2,09)	1,47	(1,18-1,82)	4230	1,40	(1,20-1,62)	1,10	(0,92-1,33)
Diagnose										
Bevægeapparatlidelser	1525	1	***	1	***	1752	1	***	1	***
Psykiske lidelser	586	0,94	(0,83-1,05)	0,90	(0,79-1,04)	1606	1,10	(1,00-1,19)	1,03	(0,94-1,13)
Medicinske lidelser	404	0,78	(0,67-0,89)	0,80	(0,68-0,94)	323	0,95	(0,81-1,11)	0,89	(0,76-1,05)
Kræft	154	0,61	(0,49-0,77)	0,52	(0,40-0,67)	277	0,86	(0,74-1,01)	0,67	(0,56-0,79)
Andet	261	1,10	(0,94-1,29)	1,15	(0,96-1,37)	358	1,51	(1,31-1,74)	1,40	(1,21-1,63)
Uddannelse										
Grundskole	929	1	**	1		1250	1	***	1	
Almen/Erhvervsgymn. udd.	144	1,14	(0,91-1,42)	1,20	(0,92-1,57)	219	1,27	(1,06-1,53)	1,14	(0,92-1,43)
Erh.v.fagl. praktik & hovedforløb	1545	1,24	(1,11-1,37)	1,12	(0,99-1,27)	2008	1,28	(1,17-1,41)	1,10	(0,98-1,22)
Kort videregående udd.	134	1,12	(0,89-1,40)	0,97	(0,75-1,25)	183	1,27	(1,04-1,54)	0,95	(0,76-1,18)
Mellemlang videreg. udd.	187	1,18	(0,97-1,43)	1,14	(0,89-1,46)	751	1,43	(1,28-1,61)	1,07	(0,91-1,24)
Lang videregående udd.	82	1,35	(1,04-1,76)	1,45	(1,03-2,05)	121	1,78	(1,42-2,22)	1,40	(1,06-1,84)
Indkomst										
Under 100.000	175	1	***	1	*	185	1	***	1	***
100.000-149.999	237	0,99	(0,76-1,27)	1,09	(0,79-1,48)	417	0,77	(0,60-0,98)	0,83	(0,61-1,12)
150.000-199.999	482	0,72	(0,57-0,91)	0,91	(0,69-1,20)	1335	0,91	(0,74-1,13)	0,89	(0,68-1,17)
200.000-249.999	733	1,05	(0,85-1,29)	1,05	(0,81-1,35)	1379	1,33	(1,08-1,64)	1,06	(0,81-1,39)
250.000-299.999	674	1,37	(1,11-1,69)	1,20	(0,93-1,55)	734	1,58	(1,27-1,95)	1,17	(0,89-1,54)
300.000-349.999	363	1,52	(1,21-1,90)	1,32	(1,01-1,73)	304	1,65	(1,30-2,09)	1,21	(0,90-1,63)
Over 350.000	434	1,54	(1,24-1,92)	1,23	(0,94-1,60)	248	1,83	(1,44-2,33)	1,33	(0,98-1,80)
Beskæftigelse										
Ledelse på øverste plan	101	1	***	1	**	72	1	***	1	*
Arb. viden høj. niv.	200	0,78	(0,60-1,02)	0,70	(0,52-0,93)	377	1,01	(0,76-1,33)	0,91	(0,68-1,22)
Arb. viden mellemniv.	324	0,80	(0,63-1,03)	0,75	(0,58-0,97)	1010	0,94	(0,72-1,22)	0,96	(0,73-1,27)
Kontorarbejde	143	0,80	(0,60-1,07)	0,79	(0,58-1,08)	812	0,82	(0,62-1,08)	0,92	(0,69-1,23)
Salgs-, service-, & omsorg	248	0,73	(0,56-0,95)	0,78	(0,59-1,04)	1119	0,76	(0,58-0,99)	0,95	(0,72-1,27)
Landbrug, gartneri, skovbrug	25	0,94	(0,57-1,55)	0,85	(0,50-1,43)	12	0,62	(0,30-1,31)	0,80	(0,36-1,77)
Håndværkspræget arb.	690	0,68	(0,54-0,86)	0,63	(0,49-0,82)	84	0,81	(0,56-1,18)	0,93	(0,63-1,38)
Proces-, maskinoperatørarb. samt transport- og anlægsarb.	340	0,56	(0,44-0,72)	0,63	(0,47-0,84)	129	0,48	(0,33-0,68)	0,65	(0,44-0,95)
Andet arbejde	459	0,57	(0,45-0,73)	0,62	(0,47-0,82)	358	0,47	(0,35-0,63)	0,68	(0,49-0,94)
Antal uger uden overførsel ud af 260 uger før sygemelding			***		***			***		***
	-	1,01	(1,01-1,01)	1,01	(1,00-1,01)	-	1,01	(1,01-1,01)	1,01	(1,00-1,01)

\*, \*\* & \*\*\* udtrykker den samlede p-værdi for en variabel således: \* P<0,05 \*\* P<0,01 \*\*\* P<0,001

† Univariate Hazard Ratioer ‡ Multivariate Hazard Ratioer

### 3.3. Tilfredshed med den arbejdsmedicinske konsultation og samtalen i kommunen

Af de 374 henviste, var der 268 (71,7%), der returnerede spørgeskemaet og 209 (55,9%), der svarede, at de havde været til konsultation på Arbejdsmedicinsk afdeling efter deres sygemelding<sup>1</sup>. Svarene på de to tilfredshedsspørgsmål fra de 209 henviste fordelte sig som vist i tabel 4.

**Tabel 4: Tilfredshed med den arbejdsmedicinske konsultation**

Spørgsmål		N (209)	%
Synes du det var en relevant og god samtale på Arbejdsmedicinsk afdeling?	Ja, i høj grad	98	46,9
	Ja, i nogen grad	72	34,4
	Ved ikke	18	8,6
	Nej	21	10,0
Var Arbejdsmedicinsk afdelings behandling af dig respektfuld?	Ja, i høj grad	130	62,2
	Ja, i nogen grad	55	26,3
	Ved ikke	11	5,3
	Nej	13	6,2

Størstedelen af de arbejdsmedicinske patienter syntes, at det var en relevant og god samtale på Arbejdsmedicinsk afdeling. Der var dog 10%, som ikke syntes at samtalen var relevant og god. Lidt over 8% svarede ”ved ikke”. Med hensyn til respektfuldhed var der endnu flere positive svar og kun 13 personer (6,2%), der ikke følte sig respektfuldt behandlet.

Samtalen i kommunen blev også vurderet i spørgeskemaet. Ud af den samlede population på 7.709 personer, var der 5.242 (68,0%) personer, der havde besvaret spørgeskemaet, og 3.137 (40,7%), der havde besvaret spørgsmålene om tilfredshed med kommunen<sup>2</sup>. Svarene fra disse kan ses af tabel 5 og 6.

Der var signifikante forskelle mellem kommunerne for begge spørgsmål ( $\chi^2$ :  $p < 0,05$ ). Specielt borgerne fra kommune V og VI var utilfredse med samtalen i kommunen og følte ikke at de var blevet respektfuldt behandlet. Borgerne i kommune IV og dernæst kommune I var de mest tilfredse af de seks kommuner.

<sup>1</sup> De 59 henviste, der returnerede spørgeskemaet, men som svarede, at de ikke havde været til arbejdsmedicinsk undersøgelse blev enten først undersøgt efter de havde besvaret spørgeskemaet, var blandt de 13, der alligevel ikke blev undersøgt, eller havde overset disse spørgsmål i spørgeskemaet.

<sup>2</sup> De 2.105 personer, der havde besvaret spørgeskemaet men ikke spørgsmålene omkring tilfredshed med kommunen, nåede enten ikke at komme til samtale i kommunen, eller sprang spørgsmålene over grundet deres indledning, der forudsatte, at samtalen havde fundet sted ca. et år før besvarelsen. Da besvarelsen af spørgeskemaet fandt sted mellem 11 og 17 måneder efter sygemeldingen var dette ofte ikke tilfældet.

**Table 5: Tilfredshed med kommunen: Relevant og god samtale**

Synes du det var en relevant og god samtale i kommunen?				
Kommune	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Ved ikke	Nej
I	269 (36,3%)	250 (33,7%)	102 (13,8%)	120 (16,2%)
II	254 (31,4%)	286 (35,4%)	115 (14,2%)	153 (18,9%)
III	225 (30,9%)	266 (36,5%)	96 (13,2%)	141 (19,4%)
IV	83 (44,9%)	51 (27,6%)	23 (12,4%)	28 (15,1%)
V	69 (27,1%)	89 (34,9%)	41 (16,1%)	56 (22,0%)
VI	117 (28,3%)	151 (36,6%)	49 (11,9%)	96 (23,2%)
Total	1.017 (32,5%)	1.093 (34,9%)	426 (13,6%)	594 (19,0%)

**Table 6: Tilfredshed med kommunen: Respektfuld behandling**

Var kommunens behandling af dig respektfuld?				
Kommune	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Ved ikke	Nej
I	351 (47,3%)	238 (32,1%)	75 (10,1%)	78 (10,5%)
II	373 (46,2%)	257 (31,8%)	82 (10,2%)	95 (11,8%)
III	337 (46,2%)	238 (32,6%)	60 (8,2%)	94 (12,9%)
IV	99 (53,8%)	57 (31,0%)	18 (9,8%)	10 (5,4%)
V	106 (40,8%)	83 (31,9%)	24 (9,2%)	47 (18,1%)
VI	186 (44,8%)	123 (29,6%)	39 (9,4%)	67 (16,1%)
Total	1.452 (46,3%)	996 (31,8%)	298 (9,5%)	391 (12,5%)

## 4. Diskussion

### 4.1 Effekten af interventionen på TTA

Hovedresultatet af den kvantitative analyse var, at de borgere, der var blevet henvist til Arbejdsmedicinsk afdeling, havde en halvt så stor hazard ratio for TTA, som de, der endnu ikke var blevet henvist. Dette resultat bestod efter kontrol for en række faktorer, der tidligere har vist sig at have betydning for sygefravær og TTA (Labriola et al. 2007). Resultatet kan fortolkes på flere måder. For det første kan det tænkes, at en henvisning til en arbejdsmedicinsk konsultation rent faktisk har en negativ effekt på TTA, enten fordi den udgør et forsinkende led for den sygemeldte med fare for henvisning til flere undersøgelser, ventetid mm., eller fordi den i højere grad fører til tilkendelse af fleksjob eller førtidspension. For det andet tyder forskellene mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen på, at de borgere, der blev udvalgt til interventionen udgjorde en speciel gruppe af sygemeldte, som havde særligt svært ved at komme tilbage til arbejde sammenlignet med restgruppen, og at de to grupper som sådan hverken kan eller bør sammenlignes. Hvilken forklaring man bør hælde mest til er usikkert, og den ene udelukker ikke nødvendigvis den anden, men vi tror at svaret skal findes i mindst en af disse. En konklusion ligger dog fast, nemlig at interventionen ikke har formået at vende udfaldet således, at de henviste klarede sig bedre end de ikke henviste. Da det også er uvist, hvordan de henviste ville have klaret sig uden interventionen, kan vi intet sige om, hvorvidt



interventionen overordnet set har virket positivt eller negativt på de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde.

En af styrkerne ved studiet er, at der ikke er noget loss to follow-up, fordi vi næsten udelukkende bruger registerdata. Der var fra registerdata kun få variable, hvor vi ikke havde data på alle personer. Den variabel, der havde flest manglende værdier (15,6%) var variabelen 'beskæftigelse', som var baseret på virksomhedernes egen indberetning om deres medarbejdere til Danmarks Statistik. Da det ikke helt kan udelukkes, at den manglende indrapportering fra arbejdsgiveren kan have været relateret til den enkelte borgers sygefravær foretog vi også analyserne uden denne variabel inde i modellen. Dette resulterede dog ikke i nogen ændringer i hazard ratioerne for de øvrige variable i modellen. En anden variabel, der indeholdt mange missing værdier (6,0%) var "diagnose". Eksklusion af denne variabel fra analysen ændrede dog heller ikke hazard ratioerne af de andre variable. Derudover kan der nævnes flere kvalitative styrker ved projektet, som vi vil komme ind på i rapportens øvrige dele.

Den helt store svaghed ved studiet er den manglende randomisering. I det oprindelige udkast til projektet var planen at randomisere deltagerne, dvs. tilfældigt fordele sygemeldte i hhv. kontrol- eller interventionsgruppen inden for den samme kommune. Efter drøftelser i de respektive kommuner blev konklusionen dog, at kommunerne ikke etisk ville kunne forsvare et sådant "lodtrækningsprincip". Hvis randomiseringen havde været mulig havde det været lettere at se interventionens faktiske betydning.

Flere af de faktorer, som var risikofaktorer for TTA i Cox analysen, var ulige fordelt mellem de henviste og de ikke-henviste allerede *før* eller ved sygemeldingen (herkomst, diagnose, uddannelse, indkomst og beskæftigelse), og i næsten alle af disse tilfælde var de henviste dårligere stillet end de ikke henviste. På trods af dette ændrede estimerne for de henviste/ikke henviste sig ikke ved kontrol for de øvrige faktorer i den multivariate analyse. Det, at de to grupper allerede før sygemeldingen var forskellige på så mange faktorer indikerer dog stadig, at de borgere, der blev udvalgt til interventionen er en særlig gruppe.

Det særlige ved gruppen af henviste ligger i udvælgelsen. De borgere, der blev udvalgt til interventionen, var dem, der grundet deres sygdom havde en uklar erhvervsprognose eller dem hvis sygdom var så dårligt diagnosticeret, at deres erhvervsprognose var uklar. Hvor denne gruppe ikke nødvendigvis har dårligere chancer for TTA, idet en usikker erhvervsprognose og diagnose godt kan ende positivt, ligger der i hvert fald en indikation i inklusionskriteriet af at det er en mere kompliceret sag, som godt kan tage længere tid.

Endeligt er det vigtigt at notere sig at folk overordnet set var tilfredse med konsultationen. Der var kun få mennesker, der var direkte utilfredse med samtalen, og meget få havde ikke følt sig respektfuldt behandlet. Da den arbejdsmedicinske konsultation ofte er et sted, hvor folk medbringer deres egne ønsker og håb for fremtiden kan det ikke helt undgås at nogle patienter er utilfredse med ar-

bejdsmedicinerens faglige konklusioner. Det, at de fleste arbejdsmedicinske patienter var tilfredse med samtalen, fortolker vi derfor, som at de fleste patienter fandt samtalen meningsfuld og brugbar i forhold til deres situation. Der er desværre ikke andre undersøgelser af effekten af den arbejdsmedicinske intervention, der har rapporteret tilfredshedsspørgsmål, der egner sig til sammenligning.

#### **4.2. Andre studier af effekten af en arbejdsmedicinsk intervention**

Det er ikke første gang at en undersøgelse af en arbejdsmedicinsk intervention viser et negativt resultat. En kontrolleret undersøgelse fra Århus, der er blevet afrapporteret i tre forskellige rapporter og artikler (Rasmussen et al. 2004; Drews 2006; Drews et al. 2007), evaluerede effekten af en arbejdsmedicinsk konsultation og samtale med en socialrådgiver blandt 1265 sygemeldte borgere, der havde været syge i mindst 3 uger og havde dårlig selv vurderet chance for TTA. Undersøgelsen viste, at indsatsgruppen havde en dårligere chance (OR=0,7 95 % CI: 0,46-0,91) for at være i arbejde et år efter sygemeldingen end kontrolgruppen efter justering af en række sundhedsfaglige og demografiske baggrundsvARIABLE (Rasmussen et al. 2004). Resultaterne var dog muligvis præget af den måde data var indsamlet på, samt at der var et større frafald i indsatsgruppen end i kontrolgruppen. Forskellen mellem de to grupper blev endvidere helt udlignet hvis man regnede ”job med delvis offentlig forsørgelse” og ”arbejdsmarkedsrettede aktiviteter” med som et positivt resultat. Endeligt viste undersøgelsen, at indsatsgruppen relativt set havde haft en lidt større stigning i det selv vurderede helbred end kontrolgruppen.

Bonde et al. (2005) foretog en randomiseret kontrolleret undersøgelse af effekten af en lignende intervention et par år før Rasmussen et al. (2004). I denne undersøgelse vurderedes også effekten af en arbejdsmedicinsk konsultation samt en eller flere samtaler med en socialrådgiver i forhold til en kontrolgruppe. Inklusionskriteriet, som blev opfyldt af 243 individer, var at have dårlig selv vurderet erhvervsprognose. Selve analyserne blev foretaget på baggrund af kun 163 individer, og viste, at der var færre i interventionsgruppen, der et år efter var i arbejde, end der var i kontrolgruppen. Forskellen var dog ikke signifikant.

En anden randomiseret kontrolleret undersøgelse af Mortensen et al. (2007) viste, at en arbejdsmedicinsk intervention rettet mod alle sygedagpengemodtagere på fire socialcentre i København – undtagen de, der var forventet tilbage på arbejde indenfor 2 uger, og de, hvis primære diagnose var misbrug eller psykiatrisk sygdom – reducerede sygelængden blandt interventionsgruppen med ca. 5 uger. Resultater i forhold til TTA er denne dato endnu ikke opgjort. Undersøgelsen pegede dog på en større andel af interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, der efter 12 måneders opfølgning forventede at havne i enten fleksjob (14,7% vs. 7,8%), revalidering (5,9% vs. 2,2%) eller førtidspension (11,0% vs. 6,7%) frem for i arbejde (30,9% vs. 52,8%).

I en randomiseret kontrolleret undersøgelse fra Århus blandt erhvervstruede patienter målt effekten af en tværfaglig social medicinsk intervention, som har mange lighedspunkter med den arbejdsmedicinske intervention (Eshøj et al. 2001). I studiet blev det fundet, at interventionsgruppen i højere grad var endt i en afklaret situation et år efter end kontrolgruppen. En afklaret situation blev

her forstået som at komme i arbejde eller på førtidspension. Når man udelukkende så på TTA som et positivt udfald var der dog ikke nogen signifikant forskel mellem de to grupper. Der var i studiet en større andel i interventionsgruppen, der endte i førtidspension end i kontrolgruppen.

I en nylig undersøgelse af Hansen & Dahl (2008) vurderedes effekten af en særlig arbejdsmedicinsk intervention, der inkluderede samtaler med en socialrådgiver, i forhold til en almindelig arbejdsmedicinsk konsultation igennem udviklingen af såkaldt aktive og passive forløb blandt erhvervstruede borgere i Sønderjylland. Her dækkede aktive forløb over at være i arbejde, i fleksjob, under revalidering eller under uddannelse. Passive forløb derimod dækkede over at modtage arbejdsledighedsdagpenge, kontanthjælp, førtidspension eller sygedagpenge. Revalidering og uddannelse blev i denne undersøgelse altså betragtet som at være positive udfald, fordi de er fremadrettede aktiviteter, der har til formål at få den erhvervstruede tilbage i et arbejde, der er mindre fysisk krævende. Sammenlignede man udviklingen af aktive vs. passive forløb, for hhv. interventionsgruppen og kontrolgruppen, var andelen af personer, der endte i aktive forløb i året efter i forhold til året før, større i interventionsgruppen end den var i kontrolgruppen. Så man dog udelukkende på, om folk var kommet tilbage i arbejde eller ej, så var udviklingen i de to grupper ens.

I et randomiseret interventionsprojekt overfor folk med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet blev der målt en større reduktion i antallet af sygefraværstimer fra interventionens start til 12 måneder efter i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen (Kilsgaard et al 2007). Selvom der også var tendens til en højere TTA i interventionsgruppen end kontrolgruppen, var forskellen mellem de to grupper ikke signifikant. Derudover var der i undersøgelsen ikke kontrolleret for vigtige risikofaktorer såsom køn og uddannelse, selvom disse risikofaktorer var skævt fordelt på de to grupper til fordel for interventionsgruppen. Og endelig var udvælgelsen af populationen så specifik og antallet af individer inter文neret overfor så lille, at man ikke kan regne med at overføre resultaterne på andre populationer.

Alt i alt var der hermed kun to undersøgelser (Mortensen et al, 2007; Kilsgaard et al 2007), som viste positive resultater på sygefraværslængden, og ingen undersøgelser, der viste positive resultater på TTA. Der var derimod flere undersøgelser, der viste negative tendenser på TTA (Rasmussen et al. 2004; Bonde et al. 2005) ud over nærværende studie. Der var flere undersøgelser, der i vurderingen af en interventions succes forsøgte at samle flere forskellige grupper, for at give et mere nuanceret billede af populationernes forsørgelsesgrundlag eller afklaringsniveau på et givet tidspunkt efter sygemeldingen. Et af disse forsøg var Hansen og Dahls (2008) inddeling i aktive og passive forløb. Ser man i nærværende undersøgelse på forskellen mellem de henviste og de ikke henviste i dette perspektiv er resultatet noget mindre dystert. Blandt de henviste var der således 67,6 %, der påbegyndte et aktivt forløb i ugen efter sygedagpengeophør, og blandt de ikke henviste var det 73,8 % (se også tabel 2 ovenfor).

Det, at vi alligevel i analysen har valgt kun at anskue tilbagevenden til arbejde som det eneste reelle positive udfald, skyldes, at revalidering og uddannelse ofte ikke resulterer i den tilbagevenden til

arbejde, som var hensigten med dem (Filges et al. 2002), samt at tilkendelse af fleksjob som regel ikke leder til et reelt fleksjob. Derudover er der endnu ikke konsensus omkring, hvilke typer overførselsindkomster der udover TTA kan betragtes som positive udfald for den arbejdsmedicinske intervention i en dansk kontekst, hvorfor vi har valgt at anvende det mere internationalt anvendte begreb tilbagevenden til arbejde.

### **4.3. Har arbejdsmedicinske interventioner en effekt på TTA?**

Det har været en grundlæggende antagelse i mange arbejdsmedicinske interventionsstudier, at afklaring af sygemeldte borgeres erhvervsevne leder til hurtigere tilbagevenden til arbejde. I denne evaluering har det ikke været muligt at hverken be- eller afkræfte hvorvidt denne antagelse holder stik, men sammenholder man resultaterne fra denne undersøgelse med resultaterne fra tidligere arbejdsmedicinske interventioner, er der ikke noget, der tyder på, at det forholder sig sådan.

Resultaterne fra dette og andre interventionsstudier (se ovenfor) viser, at de, der fik en særlig arbejdsmedicinsk intervention, hvor man mere grundigt diskuterede sundhedsproblemer og fandt frem til den "rette" løsning i alle tilfælde resulterer i en højere andel af borgere, der bliver revaliderede eller får tilkendt et fleksjob eller i højere grad forventer et sådant udfald. Da det kan diskuteres, hvorvidt revalidering og fleksjob i virkeligheden skal betragtes som positive udfald, bør man i fremtiden nok overveje, hvordan den arbejdsmedicinske intervention kan være med til at få en højere andel af de sygemeldte tilbage til et arbejde uden tilskud.

### **4.4. Effekten af baggrundvariable**

#### *Variable på individniveau*

Analysen af forskellen mellem henviste og ikke henviste borgere til arbejdsmedicinsk afdeling på TTA bød også på andre interessante resultater (se tabel 3). Da vi havde valgt at kønsopdele vores analyser er resultaterne lidt mere specifikke end dem man finder i mange andre undersøgelser. Overordnet set ligger de dog meget i tråd med resultaterne af tidligere studier om risikofaktorer for sygefravær fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Labriola et al. 2007). Blandt mænd var det at have en anden etnisk baggrund end dansk, kortere uddannelse, lavere indkomst, høj alder, manuelt arbejde samt tidligere modtagelse af overførselsindkomst forbundet med større risiko for ikke at vende tilbage til arbejde i den multivariate analyse. Blandt kvinder var det kun kortere uddannelse, manuelt arbejde (her fabriksarbejde, rengøring etc.) og tidligere sygefravær, der var relateret til en større risiko for ikke at vende tilbage til arbejde.

Vi har også lavet samlede analyser (ikke vist), hvor vi fandt at kvinder generelt har sværere ved komme tilbage til arbejde end mænd. På trods af, at der er færre risikofaktorer, der er signifikante blandt kvinder i de kønsopdelte analyser, er kvinder altså generelt dårligere stillet end mænd, hvad angår TTA. Selvom det dermed er de samme risikofaktorer vi udpeger, som fundet i tidligere undersøgelser (Labriola et al. 2007), får vi vha. de kønsopdelte analyser et mere nuanceret billede, hvor vi finder flere risikofaktorer blandt mænd end blandt kvinder.

En anden variabel, som ikke har været så ofte belyst i tidligere undersøgelser er diagnose. Denne variabel var også signifikant både blandt mænd og kvinder. Blandt mænd fandt vi en større risiko for ikke at vende tilbage til arbejdet ved 'medicinske lidelser' og 'kræft' i forhold til bevægeapparatlidelser, og blandt kvinder fandt vi en større risiko for ikke at vende tilbage til arbejde ved 'kræft' og en lavere risiko ved gruppen 'andet'.

#### *Strukturelle variable*

Endelig undersøgte vi som noget nyt forskelle i TTA på kommuneniveau kontrolleret for de ovennævnte variable på individniveau. Her fandt vi relativt store signifikante forskelle mellem kommunerne på TTA både i de univariate og de multivariate analyser. Da der dog er sociale og strukturelle faktorer i kommunerne, som vi ikke har kontrolleret for kan vi ikke med sikkerhed sige, hvad disse forskelle skyldes, men det kan både være sociale forhold, som der muligvis ikke er blevet kontrolleret tilstrækkeligt for i analysen og andre strukturelle forhold i kommunerne, såsom den lokale sagsbehandling, jobtilbud, igangværende projekter i kommunerne etc.

Størrelsesordenen af disse forskelle mellem kommunerne er dog så anselig, at vi også må advare imod at randomisere på kommuneniveau, således som gjort i undersøgelserne af Rasmussen et al. (2004) og Hansen og Dahl (2008), og som det også var forsøgt i denne undersøgelse. At udnævne enkelte kommuner til at være "interventionskommuner" er risikabelt, da sandsynligheden for at man tilfældigvis får valgt nogle kommuner med en på forhånd meget høj eller meget lav TTA er stor. Randomiseringen bør derfor foregå indenfor kommunerne, således at andelen af personer, der bliver intergenereret overfor, er den samme i hver kommune.

## **5. Konklusion på den kvantitative del af evalueringen**

Denne kontrollerede ikke-randomiserede undersøgelse viste store forskelle mellem dem, der var blevet henvist, og dem, der ikke var blevet henvist, både mht. fordeling af risikofaktorer ved sygemeldingstidspunktet samt mht. TTA ved follow-up. Da undersøgelsen ikke er randomiseret, bør resultatet ikke fortolkes som en egentlig effekt af interventionen. Der er indtil videre i litteraturen ikke fundet evidens til en positiv effekt af arbejdsmedicinske konsultationer på TTA. Derudover fandtes efter kontrol for andre faktorer store forskelle i TTA mellem kommunerne, samt flere risikofaktorer for TTA blandt mænd end blandt kvinder.

## Referencer

Bonde JP, Rasmussen MS, Hjøllund H, Svendsen SW, Kolstad HA, Jensen LD, Wieclaw (2005) Occupational disorders and return to work: A randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 230-235.

Christensen et al. (2007) The Impact of Health Behaviour on Long Term Sickness Absence: Results from DWECs/DREAM. *Industrial Health*. 45, 348-351.

Drews B, Nielsen CV, Rasmussen MS, Hjort J, Bonde JP (2007) Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: A controlled study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 86-94.

Drews B (2006) Sygefravær: Deskriptive og forebyggende interventioner. Ph.D. Sundhedsvidenskabeligt fakultet, Århus Universitet.

Filges T, Harsløf I, Nord-Larsen M (2002) Revalidering: Deltagere forløb og effekter. *Socialforskningsinstituttet 02:2*, København.

Hansen SB & Dahl S (2008) Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet. *Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Sygehus Sønderjylland*.

Labriola M, Lund T, Christensen KB (2007) Resultater af sygefraværforskning 2003-2007. *Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*, København.

Mortensen OS, Bang J, Ebbenhøj N (2007) Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger. *Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital*.

Rasmussen MS, Drews B, Bonde JP, Ottesen GG, Nielsen CV (2004) Projekt i gang igen: Et kontrolleret interventionsprojekt overfor sygedagpengemodtagere i udvalgte kommuner. *Arbejdsmedicinsk klinik, Århus Sygehus & Socialmedicinsk Enhed Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt*.

Statistikbanken (2008) data hentet 3. marts 2008 fra:

<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=SAM1&PLanguage=0>

## **Bilag A: Anvendte variable**

<b>Variabel</b>	<b>Definition</b>	<b>Kilde</b>
Alder 10 års intervaller	Alder ved sygemeldingstidspunktet tilnærmelsesvist inddelt i 10 års intervaller. Alder er udregnet som tidsforskel mellem fødselsdato og den første sygemeldingsuge ifølge DREAM.	Udregnet på baggrund af DREAM og CPR nummer.
Køn	Kvinde, mand.	DREAM.
Kommune	En borgers bopælskommune på sygemeldingstidspunktet, anonymiseret.	Excelsia
Herkomst	binær variabel, hvor værdien "0" betegner indvandrere og efterkommere, og "1" betegner danskere. Indvandrere er personer født i udlandet, hvis begge forældre (eller den ene hvis der ikke findes oplysninger på den anden) er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer. Efterkommere er personer født i Danmark af forældre, hvoraf ingen af forældrene er født som danske statsborgere. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlands statsborger, opfattes personen også som efterkommer.	DREAM
Diagnose	Primær årsag til sygdom, grupperet.	Excelsia
Uddannelse	Grupperet efter Danmarks Statistiks overordnede uddannelsesklassificering.	Danmarks Statistik, UDD
Indkomst	Årlig personlig indkomst, grupperet.	Danmarks Statistik, INDK
Beskæftigelse	Grupperet efter Danmarks Statistiks DISCO-løns klassifikation.	Danmarks Statistik, INDK
Gns. antal uger uden overførsel ud af 260 uger før sygemelding	Samlet antal uger uden offentlig forsørgelse i de forudgående 260 uger før sygemelding.	Udregnet på baggrund af DREAM



# DEL II: Den kvalitative evaluering

## 1. Baggrund og formål

En erfaring vi har gjort os i Projekt arbejdsfastholdelse, er det tilsyneladende meget forskellige udbytte, kommunerne har haft af samarbejdet i Projekt Arbejdsfastholdelse. Det viser sig blandt andet ved, at to af kommunerne i nu mere end to år efter den formelle projektperiodes afslutning har valgt at forsætte samarbejdet med Arbejdsmedicinsk afdeling. Omvendt døde samarbejdet med den ene kommune reelt ud inden den formelle projektperiodes afslutning, mens den sidste af de fire kommuner fortsatte samarbejdet ud over projektperioden, men i begrænset omfang. Vi har derfor undret os over, hvordan kommunerne og borgerne har haft udbytte af samarbejdet og om hvilke forhold i samarbejdet, der har fungeret godt, og hvilke der har fungeret mindre godt og hvorfor.

En anden erfaring vi har gjort os i Projekt Arbejdsfastholdelse er den forskellige måde, sagsbehandlingen er blevet grebet an på de i de fire deltagerkommuner, ligesom vi har kunnet konstatere, at der inden for samme kommune er eksempler på meget forskellig sagsbehandling fra sagsbehandler til sagsbehandler. Vi stillede derfor spørgsmålet, om der er forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de? Og med et mere fremadrettet perspektiv har vi tænkt på, hvordan det er muligt at arbejde hen i mod ”Den gode sagsbehandling”?

Der kan være mange forhold af betydning, når man skal forklare forskellene i udbyttet af den arbejdsmedicinske intervention og forskelle på sagsbehandlingen. Der kan fx være tale om organisatoriske, ledelsesmæssige, økonomiske og kulturelle forhold i de deltagende kommuner eller det kan skyldes den konkrete sammensætning af deltagere i det løbende samarbejde. Det ligger uden for rammerne af denne evaluering at lave større sammenlignende analyser af disse forholds betydning for hvordan det er gået med Projekt arbejdsfastholdelse og hvordan der er forskel på kommunernes grundlæggende forudsætninger for sagsbehandlingen.

Denne evaluering ser på konkrete forhold i det konkrete samarbejde som det er oplevet fra borgerne og sagsbehandlerne side. Dermed berører evalueringen indirekte organisatoriske, ledelsesmæssige og kulturelle forhold, ligesom lovgivningsmæssige forhold bliver berørt. Men fokus er ikke på at evaluere, ”give karakterer til” eller rangordne enkelte kommuner eller efterse om lovgivningen bliver fulgt. Det langsigtede formål med denne evaluering er at skabe grobund for udvikling af alternative og / eller tværinstitutionelle samarbejdsformer, samt at være et indspark af ideer til ”den gode sagsbehandling” i sygedagpengesager – uanset om det foregår i samarbejde med arbejdsmedicinere eller andre aktører.

Evalueringen her sætter altså fokus på de forhold, der har umiddelbar betydning for om der er forskelle i den kommunale sagsbehandling og hvilke forhold der umiddelbart har betydning for succes i en type samarbejde som Projekt arbejdsfastholdelse. Hovedspørgsmålene for denne kvalitative evaluering er således:

Gør en arbejdsmedicinsk intervention en forskel i sygedagpengesager? Hvilke forhold i interventionen fungerer godt, og hvilke forhold fungerer mindre godt?

Er der generelle forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de?

Endelig søger vi at opstille scenarier for ”Den gode sagsbehandling.”

Hvor det er lignende resultater eller resultater, der peger i den modsatte retning, har vi undervejs i delkonklusionerne og i den samlede konklusion søgt at inddrage resultaterne fra den eksterne evaluering fra 2007.

## 2. Materialer og metoder

Der er foretaget to typer af kvalitativ dataindsamling. Dels en række interview med sagsbehandlere og borgere, og dels et efterfølgende fremtidsværksted med deltagelse af de samme grupper. De to typer dataindsamling supplerer hinanden. Spørgsmålene om nytten af den arbejdsmedicinske intervention og om forskellighed i sagsbehandlingen er primært besvaret ved hjælp af interviewene, mens fremtidsværkstedet bidrager med bud på, hvordan man kan arbejde hen i mod ”den gode sagsbehandling.”

### 2.1 Interview

I perioden maj-oktober 2007 er der foretaget individuelle fokusinterview med 20 borgere, der havde eller havde haft en sygedagpengesag, og som i 2006 havde været til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling som led i en intervention. Der er også interviewet 22 sagsbehandlere, der arbejder med sygedagpengesager. De interviewede borgere og sagsbehandlere bor henholdsvis arbejder i projektets deltagerkommuner.

Interviewene offentliggøres ikke af hensyn til anonymisering. De er godkendt af hver af de interviewede og foreligger i kondenseret form på typisk to sider. Der foreligger således op imod 100 sider godkendt og meningskondenseret interviewmateriale. Efter alle interview er der lagt stor vægt på at den interviewede få dage efter interviewet har fået mulighed for at kommentere, ændre og tilføje på udkastet til det kondenserede interview. På denne måde er det ideelt sikret, at udsagn fra den interviewede hverken bygger på misforståelser eller udsagn, som den interviewede ved nærmere eftertanke ikke vil stå ved.

Interviewene var semistrukturerede og tog udgangspunkt i en interviewguide, en for hver gruppe (borgere og sagsbehandlere). Interviewguiderne kan downloades fra projektets hjemmeside. Spørgsmålstemaerne blev gentaget i grupperne hvor det gav mening, således at der kom to vinklinger og svar på samme spørgsmål. Forudgående blev alle interviewpersoner skriftligt orienteret om formål mv. (introduktionsbrevene kan downloades på projektets hjemmeside). Orienteringen om formål mv. blev gentaget og uddybet ved alle interviews begyndelse, ligesom der blev orienteret om muligheden for deltagelse i det senere fremtidsværksted.

Alle interview på nær to dobbelt-interview med sagsbehandlere blev foretaget individuelt, idet vi har lagt vægt på, at flere udsagn, fremkommet uafhængigt af hinanden, må formodes at dække bredere end få gruppeinterview. ”Manglen” ved de individuelle interview kan være dynamikken, der kan opstå, når flere personer interviewes sammen. Der kompenseres for dette ved fremtidsværkstedets dynamiske form. Men med de relativt mange interview, både med borgere og sagsbehandlere, mindskes risikoen for kun at få ”ekstreme” eller ”tilfældige” udsagn, og de medvirker til et bredt dækkende billede af oplevede problemer.

Ved interviewene er alle temaer fra interviewguiden gennemgået. Hvis en borger eller sagsbehandler umiddelbart ikke har haft noget særligt at sige til et tema, har der ikke været fulgt op for at få et udsagn eller en mening frem. Forståelsen er her, at gentagne spørgsmål om det samme, indtil der foreligger et svar, kan føre til ”forcederede” udsagn (dvs. den interviewede giver et svar for at svare, ikke specielt for at give udtryk for en bestemt mening). Sådanne forcederede udsagn ville kunne skævvride det samlede billede og give grobund for tolkninger af udsagn om noget, der reelt ikke er betydende. Det betyder omvendt, at selvom alle er interviewet om alle temaer, foreligger der ikke udsagn om alt fra alle interviewede.

I analysen af interviewene er anvendt en trinvis metode, hvor alle kondenserede udsagn indplaceres først i meningskategorier, og dernæst i holdningskategorier (overvejende positive udsagn, overvejende negative udsagn eller hverken / eller). Slutteligt omgrupperes kategorierne, så de giver svar på spørgsmål / hypoteser. En redegørelse for den trinvis metode og analyse kan ses på projektets hjemmeside.

I fremlæggelsen af resultaterne bruges udpluk fra såvel borgernes som sagsbehandlerens udsagn illustrativt. Der er lagt vægt på at vise udpluk, der kan siges at ”indfange” og dække typiske meninger blandt de interviewede.

### **2.1.1 Interview med borgere**

Der blev udsendt brev til i alt 94 borgere med tilbud om deltagelse. Der blev ikke sendt rykkere ud, så de 20 interviewede borgere har alle umiddelbart sagt ja til deltagelse. De interviewede borgere udgør ikke nødvendigvis et repræsentativt udsnit af alle sygedagpengemodtagere. Det er muligt, at dem, der har sagt ja til at blive interviewet, overvejende er dem som har en historie at fortælle, underforstået ofte et problemfyldt forløb med kommunen eller de har haft en afgørelse, der er gået dem imod. Det er også tænkeligt, at ressourcetsvage borgere ikke er tilstrækkeligt repræsenteret i gruppen af interviewede, simpelthen fordi de ikke har haft overskud til deltagelse. Der er i nogen grad kompenseret for sidstnævnte situation ved at interviewene er foregået i borgerens hjem på selvvalgte tidspunkter, når interviewpersonen har ønsket dette. Det har også været muligt for borgeren at have en bisidder med, hvilket var tilfældet ved ét enkelt interview, hvor borgeren ellers ikke havde ressourcer nok til alene at gennemføre interviewet.

Spørgsmålstemaerne i interviewene med borgerne var om forholdet til arbejde alt i alt, om prioriteringen af borgerens sygedagpengesag, om hvad eller hvem der bestemmer mest i sygedagpengesager, om sagsbehandlingens niveau, om sygdomsopfattelse, om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation, om perspektiver og muligheder i sagsbehandlingen, om forventninger til sagsbehandlingen og praksis og endelig om Projekt arbejdsfstholdelse.

Spørgsmålstemaerne og underspørgsmålene er formuleret åbent. På denne måde sikres ideelt bedst muligt, at der ikke ”lægges ord i munden” på interviewpersonerne – interviewpersonens udsagn bliver på denne måde mere ”originale”, når han eller hun kun siger det af egen kraft, og ikke som

følge af et ”lukket” spørgsmål om et konkret udsagns rigtighed. Interviewteknikken giver således en stor styrke i troværdigheden af udsagnene, men omvendt skal man overveje, hvor repræsentative udsagnene er. Hvis fx fire ud af tyve borgere har enslydende udsagn ud fra åbne spørgsmål, men de øvrige 16 borgere ikke har tilsvarende udsagn, hvor repræsentativt er det så? Forståelsen her er, at *mindst* fire mener det de fire har udtrykt, men at der sagtens kan være flere blandt de resterende 16, der mener det samme – de har blot ikke udtrykt tilsvarende ved interviewet, men ville måske have gjort det, hvis de var stillet et direkte, mere lukket spørgsmål. Hvis der i stedet var stillet et lukket spørgsmål til borgerne om samme konkrete forhold, ville det kunne munde ud i et højt antal udsagn / meninger om det samme, men vi ville ikke vide noget om styrken og vigtigheden af udsagnene.

Derfor er forståelsen her, at når flere af de interviewede borgere uafhængigt af hinanden har udtrykt det samme ud fra et åbent spørgsmål, så er det et væsentligt udsagn, som ikke blot er udtryk for én persons helt specielle situation eller oplevelser. Og da sigtet med interviewene ikke er at kvantificere på forhånd definerede problemers størrelse, men snarere at beskrive disse og bidrage til sammenhængende forståelser, så fremlægges problemer og ideer her uden større skelnen til omfanget af disse. Når det så er skrevet, vil vi naturligvis løbende undervejs bedst muligt indikere omfanget af problemet målt på mængden af udsagn om dette.

### **2.1.2 Interview med sagsbehandlere**

Oprindeligt var intentionen at lave interview med sagsbehandlere fra de fire oprindelige deltagerkommuner. Da interviewene skulle finde sted, eksisterende Gundsø kommune ikke mere, så sagsbehandlere derfra blev fravalgt til interview. Det havde selvfølgelig været en mulighed at opspore de tidligere kommunale sagsbehandlere, men set i lyset af, at det praktiske samarbejde mellem Gundsø kommune og Projekt arbejdsfastholdelse fadede ud allerede tidligt i 2005, skønnede vi det ikke frugtbart at interviewe om en arbejdsmæssig virkelighed, der lå mere end to år tilbage. Solrød kommune fik invitation til at deltage i interview, både formelt og mere direkte ved kontakt til sagsbehandlere. Der var imidlertid ikke nogen positive tilbagemeldinger med ønske om at deltage i interviewene. De 22 interviewede sagsbehandlere udgøres således af 13 fra Køge kommune og 9 fra Greve kommune.

I udvalget til interview af sagsbehandlere, er der her umiddelbart den bias, at vi har at gøre med de to kommuner, der med størst succes har videreført samarbejdet fra Projekt arbejdsfastholdelse i en driftsfase (samarbejdet med Solrød er dog også fortsat). Dette betyder naturligvis, at vi ”risikerer” at stå med misvisende gode resultater, når talen falder på evalueringen af projektet som sådan. Omvendt skal indvendes, at en ”karaktergivning” af projektet ikke er det primære sigte med denne evaluering. Snarere handler det om se på, hvilke forhold i interventionen, der fungerer godt, og hvilke forhold, der fungerer mindre godt, og hvorfor. Til disse formål er det ikke en ulempe at interviewe repræsentanter for de kommuner, der har arbejdet længst tid med projektet.

Spørgsmålstemaerne i interviewene med sagsbehandlere var om arbejdet alt i alt, om hvordan sager prioriteres / visiteres, om grad af selvstændighed i arbejdet og arbejdstilrettelæggelsen, om vi-

densniveau, uddannelse og faglighed i sagsbehandlingen, om sygdomsopfattelse, om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation, om perspektiver og muligheder i sagsbehandlingen, om forventninger til arbejdet og praksis og endelig om Projekt arbejdsfastholdelse.

Spørgsmålstemaerne og underspørgsmålene er som udgangspunkt formuleret åbent, men til forskel fra borgerinterviewene, er der som underspørgsmål også nogle mere specifikke (og delvis lukkede) spørgsmål. Inkluderingen af de mere specifikke spørgsmål har flere årsager. Dels erfaringen fra projektet, hvor vi på Arbejdsmedicinsk afdeling fik et indtryk af, hvilke mulige problemer, der burde spørges nærmere ind til, og dels ud fra de første interview med borgere, der indikerede, hvad sagsbehandlerne burde høres om. Og endelig gælder der ved interviewene med sagsbehandlerne, at de som fagprofessionelle umiddelbart kan svare på mere specifikke spørgsmål om deres eget arbejde. Som eksempel på et spørgsmål, der er inkluderet som følge af erfaringerne i Projekt Arbejdsfastholdelse kan gives: "Hvor mange af dine sygedagpengesager gennemgår du med dine kolleger eller nærmeste leder?" Et eksempel på et spørgsmål, som sagsbehandlerne blev stillet som en direkte følge af borgeres udsagn, var: "Arbejder du / I med mulighed for arbejdsprøvning i eget job?" Dette er de eneste "lukkede" spørgsmål i spørgsmålene til sagsbehandlerne.

## 2.2 Fremtidsværksted

Den 19. november 2007 blev der i samarbejde med forskere fra Roskilde Universitets Center afholdt et fremtidsværksted med temaet: "Den gode sagsbehandling ved langtidssygdom og nedsat erhvervsevne." Ved værkstedet deltog 11 sagsbehandlere, 4 borgere, 1 læge og 3 facilitatorer (forskere). Deltagerne på fremtidsværkstedet blev fundet blandt interesserede interviewpersoner, der på denne måde fik mulighed for at arbejde videre med allerede nævnte problematikker fra interviewene.

Fremtidsværkstedet fulgte grundprincipperne i fremtidsværksted (jævnfør Jungk & Müllert 1984), dvs. med en kritikfase, en utopifase og en virkeliggørelsesfase. Som oplæg til værkstedet forelå et problemkatalog udarbejdet med udgangspunkt i udsagn fra interviewene. Dette blev på værkstedet præsenteret og suppleret med yderligere problemer. På denne måde blev kritikfasen afkortet i forhold til det typiske tidsforbrug i fremtidsværksteder. Der foreligger en intern protokol på 20 sider. En anonymiseret udgave af protokollen, samt et sammendrag, kan ses på projektets hjemmeside. I denne evaluering bidrager protokollen, sammen med resultaterne fra interviewene, til de her skitserede scenarier for "Den gode sagsbehandling."

### 3. Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra interview med både borgere og sagsbehandlere. I begge afsnit – om henholdsvis den arbejdsmedicinske intervention gør en forskel og om forskelle i sagsbehandlingen – begyndes med referencer til borgernes udsagn med en efterfølgende reference af sagsbehandlerens udsagn. Ideen i rækkefølgen er at gribe fat i de umiddelbart oplevede problemer / udsagn set fra borgerens side for dernæst at se om det er muligt at få verificeret og / eller kvalificeret problemerne med udsagn fra sagsbehandlerne.

#### 3.1 Gør den arbejdsmedicinske intervention en forskel?

##### 3.1.1 Borgernes udsagn

###### *Generelt*

15 af de 20 interviewede borgere har oplevet den arbejdsmedicinske undersøgelse som noget overvejende positivt. Det går igen i borgernes udsagn, at de er glade for at blive taget seriøst og blive lyttet til. En borger udtrykker det således:

*”Jeg oplevede det som positivt, lægen var imødekommende og jeg føler han var der for min skyld. Jeg blev taget seriøst.”*

En anden borger udtrykker det:

*”Lægen var grundig og spurgte godt ind til min fortid, min nuværende situation og min fremtid. Hun undersøgte mig, det var meget positivt.”*

Af de fire borgere, der ikke er overvejende positive om undersøgelsen, fremhæver de tre, at der ikke kom noget nyt ud af det eller at de fornemmer det mere handlede om kontrol og bureaukrati. En af borgerne siger:

*”På Arbejdsmedicinsk afdeling var der en venlig mand, der lyttede til mig, og han skrev så en journal ud fra hvad jeg sagde. Men jeg oplevede det også som noget der skete, for at sagsbehandleren var dækket ind med yderligere et stykke papir, der understøttede det hun godt vidste i forvejen. Undersøgelsen har formentlig understøttet den revalideringsmulighed jeg blev tilbudt sidste år. Men samtalen gav ikke noget nyt eller afklarende.”*

###### *Hvad var særligt godt?*

Flertallet af borgere roser den arbejdsmedicinske journal. Især relevansen af indholdet og det let-forståelige sprog fremhæves.

Næsten halvdelen af borgerne udtrykker at de er blevet mere afklarede eller har fået nye erkendelser om deres lidelse og erhvervs muligheder. En borger udtrykker det:

*”Lægen satte sig ind i min situation, og hun stillede mange gode spørgsmål til hvad jeg ville. Især var hun god til at skitsere to mulige veje for mig; den hidtidige karrierevej eller en ny vej. Hun skubbede på for at det blev klarere for mig, at det var den nye karrierevej, jeg måtte tage, for i arbejde med børn og udviklingshæmmede fremover ville der være risiko for situationer med pludselige fysiske belastninger.”*

En anden borger siger:

*”Undersøgelsen betød, at jeg fik en bedre dokumentation for hvad jeg kunne og ikke kunne arbejdsmæssigt, og det var noget jeg kunne vise andre.”*

En borger opsummerer mange borgeres udtrykte holdninger om det samlede forløb, dvs. undersøgelse og opfølgning i kommunen:

*”Der gik lidt for lang tid fra undersøgelsen til der skete noget. Men ellers var det meget positivt at opleve at være på Arbejdsmedicinsk afdeling. Der var tid til at blive hørt på, og det var godt med det forudgående spørgeskema, som lægen havde forberedt sig på, sammen med papirerne i min sag, før jeg kom. Godt at mærke at sagsbehandleren i kommunen og lægen på Arbejdsmedicinsk afdeling havde talt sammen. Undersøgelsen har nok påvirket mig til at tro på, at jeg på trods af mine begrænsninger, godt kan klare noget alligevel.”*

### **Hvad fungerede mindre godt?**

Mere end en tredjedel af borgerne giver udtryk for at den arbejdsmedicinske journal ikke blev brugt til noget i kommunen. En borger siger:

*”Journalen var flot og uddybende skrevet. Kommunen har set journalen men har ikke taget større notits af den. Den konkluderer ellers godt, at jeg skal have et arbejde, hvor jeg skal stå, sidde og gå afvekslende og undgå løft og andre belastninger.”*

En anden borger er også kritisk over for kommunens manglende anvendelse af journalen:

*”Jeg følte at kommunen ikke brugte journalen til noget. Kommunen stillede efterfølgende spørgsmål ved de samstemmende lægefaglige afklaringer fra både egen læge, speciallægeundersøgelserne og arbejdsmedicineren. Så de ville sende mig til undersøgelse endnu en gang. Det blev dog ikke til noget. Jeg ved ikke hvorfor kommunen stillede spørgsmål ved afklaringerne og hvorfor det til sidst alligevel ikke var vigtigt for dem.”*



Man kunne forestille sig, at den arbejdsmedicinske intervention kunne virke forsinkende, da denne, på trods af intentionen om at fremme en tidlig indsats, også kan ses som endnu en undersøgelse, der risikerer at trække sygefraværet unødigt ud. Borgernes udsagn understøtter dog ikke en sådan tese. De fleste borgere lægger ikke vægt på at fremhæve noget omkring forsinkelser, og de få, der gør, er overvejende positive i deres tilkendegivelse af, at undersøgelsen ikke har forsinket noget.

### 3.1.2 Sagsbehandlerens udsagn

#### *Generelt*

Alle 20 sagsbehandlere, der har haft sager igennem Projekt arbejdsfastholdelse, har helt overvejende positive udsagn om projektet. Et typisk udsagn fra en sagsbehandler lyder:

*”Jeg har haft ca. 20 sager igennem projektet. Generelt har det været godt. Når jeg har været i tvivl, har det været givtigt med undersøgelserne og rundbordssamtalerne. Journalerne er gode. De objektive undersøgelser ligeså. Der er nogle gode bud på fremtidige erhvervs muligheder. Projektet har ikke forsinket sager. Jeg tror borgerne har været tilfredse og har profiteret af det.”*

Når sagsbehandlerne omtaler borgerens reaktioner på deltagelsen, fortælles der om stor tilfredshed fra borgernes side. De 20 sagsbehandlere har i alt haft ca. 200 borgere igennem projektet, og der omtales kun én utilfreds borger. En sagsbehandler siger fx:

*”Jeg har haft ca. 20 sager igennem projektet (...). Jeg har hørt fra mange borgere, der har været til undersøgelse på AMK, at de har været begejstrede, det har været en god oplevelse. De bliver overbeviste om, at de godt kan noget.”*

En anden sagsbehandler siger:

*”De fleste borgere er meget tilfredse med at deltage i projektet. I min tid har jeg nok haft omkring 50 borgere sendt til AMK, og jeg har aldrig oplevet én utilfreds.”*

Den oprindelige tanke med Projekt arbejdsfastholdelse var, at borgerne skulle visiteres tidligt til deltagelse med henblik på at opfylde kravet om en tidlig indsats, så unødigt langvarig sygemelding kunne undgås. Der skulle desuden være tale om sager, der ved den fælles visitation blev bedømt som uklare målt på diagnose eller usikker på erhvervsprognosen. Sagsbehandlerens udsagn understøtter, at der er tale om de ”uklare” sager, men den tidlige indsats, er der ikke nogen, der ytrer sig om. Dette er i tråd med konklusionerne fra denne evalueringens kvantitative del – den tidlige indsats er relativt sen i forhold til intentionen. Men hvorfor er det sådan, at hovedreglen er, at der ikke foretages en ideel tidlig indsats? Set fra sagsbehandlerens side er det et spørgsmål om hvornår de har behovet for den indsats, der kommer via projektet, og det i form af en opsamlende kompetence. En sagsbehandler siger:

*”Jeg bruger det [projektet], når jeg har brug for en opsamling på et forløb. Når der foreligger en række speciallægeerklæringer, og når man så siger ‘og hvad nu’. Så får jeg en konklusion på de lægelige akter i forhold til arbejdsmarkedet.”*

### ***Hvad fungerede særligt godt? - Journalerne***

Det store flertal af sagsbehandlere fremhæver den arbejdsmedicinske journal som et godt redskab til den videre sagsbehandling. Jævnfør ovenstående udsagn bruges journalen som opsamling på speciallægeerklæringer i sager hvor sagsbehandleren er i tvivl om, hvad de lægelige akter betyder for borgerens konkrete muligheder på arbejdsmarkedet.

Sagsbehandlerne bruger også den arbejdsmedicinske journals beskrivelse af arbejdsforholdene på borgerens arbejdsplads. En sagsbehandler siger:

*”Godt med den arbejdsmedicinske journal, hvor de beskriver den konkrete arbejdsevne, fx skriver hvor meget og hvor længe en borger kan klare et givent gående eller stående arbejde osv.”*

En anden sagsbehandler udtrykker den måske vigtigste funktion som den arbejdsmedicinske journal har i sagsbehandlingsarbejdet; at der kan spares tid:

*”Generelt er journalen et godt arbejdsredskab for sagsbehandlerne som kan spare tid på afklaringsarbejdet.”*

Arbejdsmedicinsk afdeling kan siges at bidrage med at "oversætte" de kliniske sygdomsbeskrivelser til et dagligt sprog, som det er muligt at arbejde videre med både for sagsbehandlerne og den enkelte borger. Lægerne understøtter afklaringen af borgerens ressourcer og barrierer, hvilket er nyttigt i de mange sager, hvor der skal udarbejdes en ressourceprofil.

### ***Hvad fungerede særligt godt? - Rundbordssamtaler***

Syv sagsbehandlere fremhæver rundbordssamtaler som noget helt overvejende positivt eller meget positivt. Ingen sagsbehandlere omtaler rundbordssamtalerne negativt. Der er en meget klar sammenhæng mellem den positive fremhævelse af rundbordssamtalen og erfaringen med dem. Blandt de interviewede sagsbehandlerne er der et stort spænd i erfaringen med rundbordssamtaler med deltagelse af Arbejdsmedicinsk afdeling. Dette skyldes dels, at omfanget af rundbordssamtaler fortsat udgør en mindre del af borgernes sager – samtalen laves kun ved behov og med velvilje fra alle parter – og dels at nogle interviewede sagsbehandlere ikke er gamle i gårde, og derfor ikke har prøvet det endnu.

Antallet af rundbordssamtaler i projektets første to år kunne tælles på én hånd. De seneste par år er rundbordssamtalerne blevet hyppige og er i fortsat stigning. I de tre kommuner, der nu fortsætter med samarbejdet med arbejdsmedicinsk afdeling, er samtalerne blevet en fast del af samarbejdet. At

det har taget flere år at "løbe samtalerne i gang" er i sig selv en konklusion. Konceptet var oprindeligt en model med deltagelse af enhver tænkelig interessent, dvs. borger, sagsbehandler, arbejdsmediciner, egen læge, arbejdsgiver, fagforening og eventuelt andre. Med tiden har dette udviklet sig til en mere pragmatisk model, hvor det kun er borger, sagsbehandler og arbejdsmediciner, der typisk altid er med, og hvor andre aktører inddrages efter behov.

Det er et åbent spørgsmål hvorfor det har taget så lang tid at få etableret positive erfaringer med rundbordssamtaler. Meget tyder på, at det simpelthen er erfaring og øvelse der skal til blandt de involverede. Erfaringer fra andre typer rundbordssamtaler med dårligere erfaringer kan også spille ind. En sagsbehandler, der ikke har erfaringer med rundbordssamtaler i Projekt arbejdsfastholdelse, udtrykker således om hendes tidligere erfaringer med rundbordssamtaler:

*"Nogle gange er rundbordssamtaler en gang mudderkastning, hvor alle har hver deres mening. Generelt er rundbordssamtaler med deltagelse af arbejdsgiver spild af tid. For succes dér afhænger af om arbejdsgiver og borger taler godt sammen, og hvis de gjorde det, så kunne de jo finde en løsning uden rundbordssamtalen. Det samme gælder i sager med fleksjob – en del af problemet er jo, at borgeren ikke er glad for jobbet."*

Hvad er det så, de erfarne sagsbehandlere er særligt tilfredse med ved rundbordssamtaler? En sagsbehandlers udsagn dækker meget godt de øvrige sagsbehandlers udsagn:

*"Især har vi været tilfredse med at have overlægen med ude til samtale med borgeren. Han kan noget andet end os med sin lægefaglige baggrund. Men det er nok også hans person og evne til at tale om vanskelige problemstillinger. Borgeren får bekræftet sine lidelser, men det bliver også fremadrettet. I journalen bliver borgerens muligheder og begrænsninger i forhold til arbejdet godt beskrevet. Det er en stor lettelse i vores arbejde. Borgerne får anerkendt deres lidelse og samtidig bliver de rettet ind i mod arbejdsmarkedet."*

Sagsbehandlernes udsagn kan tolkes som at det er ikke blot et spørgsmål om hvad der siges og hvordan det siges, men også et spørgsmål om hvem der siger det. Om arbejdsmedicinerens rolle i rundbordssamtalen så mest er som tværfaglig koordinator mellem helbred og arbejdsmuligheder, som mægler / konfliktløser, som "coach" / holdningsbearbejder eller simpelthen er en autoritet som alle bare lytter mere til skal være usagt her.

En lille, men væsentlig pointe med arbejdsmedicinerens rolle i rundbordssamtalen, der ikke er dækket med ovenstående udsagn skal tilføjes. En sagsbehandler siger:

*"Genialt med rundbordssamtaler, hvor lægen især over for arbejdsgiveren kan trylle med ordene. Vi får en bedre løsning, mere lempelige ordninger for borgerne i starten."*

Sagsbehandleren påpeger, at arbejdsmedicineren ved deltagelsen i rundbordssamtalen medvirker til mere lempelige ordninger ved genoptagelse af arbejdet efter sygdom. Dette er med til at forhindre den desværre ofte forekommende situation, at en sygemeldt står over for at skulle genoptage arbejdet på fuld tid på normale vilkår, selvom lempeligere ordninger (nedsat tid, aflastning for visser funktioner) i en opstartsfasen kunne understøtte en god tilbagevenden med mindre risiko for gentagen sygemelding.

### ***Hvad fungerede særligt godt? - Arbejdsmedicinsk afdelings rolle***

Ovenstående påpeges den eller de særlige roller, som den arbejdsmedicinske læge har i rundbordssamtaler, særligt autoriteten, der sammenstiller diagnose og arbejdsliv. To sagsbehandlere udtrykker hvordan arbejdsmedicinerens faglighed adskiller sig fra andre speciallægers faglighed:

*”Beskrivelserne i journalerne fra AMK er kommet mere rundt om personen end i normale speciallægeerklæringer. Det er særligt godt med beskrivelsen af arbejdslivet og helbredets betydning for muligheden for at arbejde.”*

*”Jeg oplever at mange praktiserende læger, men også hospitalslæger, er bange for at komme med konkrete bud på en sygdoms betydning for muligheden for at arbejde. Mange læger spørger ligefrem borgeren om hvor mange ugers sygemelding de skal bruge.”*

Sidste udsagn antyder manglende viden hos en del alment praktiserende læger om de praktiske muligheder for at anbefale og tilrettelægge delvis opstart på arbejdet. Eller måske skyldes det en optik / tankegang hvor en borger enten er helt sygemeldt eller helt raskmeldt.

Noget tyder også på, at det ikke blot er arbejdsmedicineres faglighed eller hvad der bliver sagt og skrevet, der har positiv betydning, fx ved rundbordssamtaler. Det er også rollen som udefrakommende ”neutral” person, der som udgangspunkt ikke opfattes som værende på den ene eller den anden ”side” (især at sagsbehandleren repræsenterer kommunen og dennes økonomiske interesser, og at egen læge kan opfattes som en overdreven ”beskytter” af patienten). En sagsbehandler siger:

*”Når overlægen er med til samtale, siger han ofte blot det samme som jeg hele tiden har sagt til borgeren, men han får det sagt på en måde, så borgeren forstår det. Jeg har oplevet borgere, der efter en sådan samtale pludselig er blevet raske og tænker positivt.”*

Man kan altså konkludere, at den arbejdsmedicinske læge har en tværfaglig og opsamlende lægelig kompetence, der er meget brugbar i en række sygedagpengesager, og at den særlige rolle som arbejdsmedicinere har som ”udefrakommende” kan være med til at fremme gensidige erkendelser og borgernes fremtidige erhvervsmuligheder.

### ***Hvad fungerede særligt godt? - Udvikling / læring i løbet af projektet***

Flere sagsbehandlere fremhæver som noget særligt positivt den udvikling eller læring, der er sket i løbet af projektet. Én sagsbehandler fremhæver hvordan samarbejdet med tiden er blevet mere smidigt:

*”Der er sket en udvikling i løbet af projektet. Både vores henvisninger og journalerne er blevet bedre. Og det er sket nogle gange, hvor sagen haster lidt, at jeg i stedet for at sende en normal henvisning, har ringet direkte til lægesekretæren på arbejdsmedicinsk klinik, og så har vi så kunnet finde ud af at finde en hurtig tid.”*

En anden sagsbehandler fremhæver en påvirkning af hendes sygdomsforståelse, der kan bruges arbejdsmæssigt:

*”Projektet har nok påvirket min tankegang derhen, at det er blevet klarere for mig, at der findes sygdomme, lidelser eller gener, som man ikke kan forklare til bunds, men at borgeren må lære at leve med generne og få det bedste ud af det, også på arbejdsmarkedet.”*

En tredje sagsbehandler fremhæver at være blevet bedre til at visitere borgere, hvis situation er uafklaret:

*”Samarbejdet med den arbejdsmedicinske læge er rigtigt godt, han er en god sparringspartner. Godt, når han er med herude, og godt når han er med til rundbordssamtaler. I løbet af projektet har jeg lært tidligt at identificere borgerne, hvis situation er uafklaret, og som kan få den hjælp, der ligger i den arbejdsmedicinske undersøgelse.”*

### ***Hvad fungerede mindre godt?***

Der er blandt de interviewede sagsbehandlere ingen, der er særskilt utilfredse med noget. Tre sagsbehandlers udsagn om journalerne kan dog tolkes som let negative, idet der ønskes mere skarpe konklusioner. En sagsbehandler siger således:

*”Jeg har haft 8-10 sager. Journalerne har været gode, nogle af dem kunne måske være lidt mere skarpe i konklusionen.”*

En anden sagsbehandler fremhæver dog samtidig, at når svarene i nogle journaler kan være lidt ”tynde”, så kan det hænge sammen med hvad der er spurgt til, dvs. hvad der efterspørges på henvisningen, som oftest formuleret af samme sagsbehandler.

En enkelt sagsbehandler har udsagn, der kan tolkes som overvejende negative om hele projektet. Sagsbehandleren siger:

*”Jeg har haft én sag. En pædagog hvor det var godt med en lægefaglig vurdering ved en rundbordssamtale. Ellers har jeg indtryk af, at projektet nogle gange ’presser’ løsninger ned over hovedet på borgere og os.*

Men der er altså tale om en sagsbehandler, der selv kun har erfaring med én sag, og hvor de negative udsagn er ”indtryk,” ikke egen erfaring.

### ***Forsinkende?***

Sagsbehandlerne fremhæver ikke ventetid på den arbejdsmedicinske undersøgelse eller projekt i det hele taget som et forsinkende element. En sagsbehandler siger:

*”Negativt? Måske ventetiden på den arbejdsmedicinske undersøgelse, men den er jo ikke lang. Forsinker normalt ikke sager, nok snarere tværtimod. (...) I min tid har jeg nok haft omkring 50 borgere sendt til AMK (...).”*

En anden sagsbehandler siger:

*”Generelt er journalen et godt arbejdsredskab for sagsbehandlerne som kan spare tid på afklaringsarbejdet.”*

### **3.1.3 Diskussion**

Den arbejdsmedicinske undersøgelse kan gøre en forskel for mange borgere. Det gælder især det forhold, at mange borgere bliver mere afklarede eller får nye erkendelser om deres lidelse og erhvervs muligheder. Sagsbehandlerne er også generelt meget glade for samarbejdet med Arbejdsmedicinsk afdeling, og sagsbehandlernes udsagn understøtter, at der er positive effekter af interventionen. Der er en meget tydelig tendens til, at jo flere sager, en sagsbehandler har haft igennem Projekt arbejdsfastholdelse, jo større er den udtrykte tilfredshed. Som noget særligt positivt fremhæver sagsbehandlerne den arbejdsmedicinske journal, rundbordssamtalerne og den særlige arbejdsmedicinske rolle som neutral part. Om rundbordssamtalerne skal fremhæves, at disse er steget i antal i løbet af projektperioden. Dette er umiddelbart i modstrid med den eksterne evaluering, hvor det konstateres, at rundbordssamtalerne stort set ikke finder sted og ”forsvinder” (Den eksterne evaluering, side 9). Forskellen i vurderingen af antallet af rundbordssamtaler i de to evalueringer skyldes formentlig hvem og hvor mange, der er blevet interviewet, og hvornår.

Fra denne evalueringens kvantitative del ved vi, at den arbejdsmedicinske intervention generelt ikke viser sig som en ”tidlig indsats,” idet interventionen typisk først sker efter mange ugers sygemelding. Udsagnene fra sagsbehandlerne understøtter derimod, at der er tale om ”uklare sager,” men den tidlige indsats, er der ikke nogen, der ytrer sig om. Dette er i tråd med konklusionerne fra den eksterne evaluering, hvor der om udviklingen i projektet konstateres, at den går ”...fra i begyndelsen at satse på en hurtig indsats i forhold til mange forskellige sygdomsforløb, til i højere grad at

være en sagsbehandling, der vedrører de tungere og vanskeligere sygdomsforløb.” (Den eksterne evaluering, side 4).

Set fra borgernes side kan det være positivt med det videre forløb i kommunen, hvor sagsbehandlingen fremmes kvalitativt med udgangspunkt i den arbejdsmedicinske journal. Der er imidlertid omkring en tredjedel af borgerne, der oplever at den gode journal ikke bliver brugt til noget i kommunen eller at journalen ikke bliver forstået eller tages seriøst. Samme pointe står i den eksterne evaluering, endda som en generel pointe om opfølgning på alle journaler (Den eksterne evaluering side 7, punkt 3). Om den manglende opfølgning på journalerne gælder for en stor del af opfølgningerne eller er en helt generel pointe, kan formentlig tilskrives det væsentligt færre antal interviewede (“worst cases”) i den eksterne evaluering.

Det væsentligste element i interventionen er en samtale, hvor borgerens sygefraværsårsag / diagnose sammenholdes med de konkrete muligheder for at arbejde inden for bestemte fag eller med bestemte arbejdsfunktioner. Samtalen tager typisk én time. Mange borgere udtrykker stor tilfredshed med at en specialist lytter og spørger ind til deres situation, og også formår at dokumentere det væsentlige i en journal. Samtidig "oversætter" arbejdsmedicineren de kliniske sygdomsbeskrivelser til et dagligt sprog, som det er muligt at arbejde videre med både for sagsbehandlerne og den enkelte borger. Der kan siges at foregå en terapeutisk erhvervsvejledning i interventionen, hvor den arbejdsmedicinske læge opfylder et behov for samordning af viden om både sygdom og arbejdsmuligheder. I forhold til sagsbehandlerne optræder arbejdsmedicineren som en slags ekstra lægekonsulent, men med den væsentlige forskel, at sagerne drøftes mere intensivt, med lægens egen undersøgelse af borgeren og med en faglig kompetence i forhold til udøvelse af bestemte arbejdsfunktioner. I den eksterne evaluering er der tilsvarende rosende ord fra borgerne til den arbejdsmedicinske samtale: "...disse tidlige samtaler er erkendelsesfremmende og (...) har væsentlige potentialer til at kunne styrke sagsbehandlingen” (Den eksterne evaluering, side 6). Den kvantitative del af evalueringen understøtter ligeledes borgernes generelt store tilfredshed med samtalen på Arbejdsmedicinsk afdeling (jævnfør denne evaluering del I, afsnit 3.3): Fire ud af fem borgere mener at samtalen i høj grad eller i nogen grad var god og relevant, mens det tilsvarende tal for borgersamtalerne i kommunerne ligger på to ud af tre.

Interventionen gavner typisk i sager hvor sagsbehandleren har en række sundhedsfaglige oplysninger og udsagn om borgerens erhvervs muligheder, men hvor der alligevel er usikkerhed om borgerens erhvervsfremtid. Her kan arbejdsmedicineren hjælpe sagsbehandleren og borgeren med at klarlægge erhvervs mulighederne, kan optræde med en opsamlende kompetence i forholdet mellem arbejde og helbred, og kan løsne op på ”enten - eller” situationer, dels pga. fagligheden og dels på grund af uafhængigheden af partsinteresser.

Hverken borgerne eller sagsbehandlerne oplever interventionen som hverken fremskyndende eller forsinkende.

### 3.2 Forskelle på sagsbehandlingen

Er der generelle forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de? Nedenstående behandles uddybende på hvilke områder der er forskelle på sagsbehandlingen.

#### 3.2.1 Sagsbehandlingens umiddelbare faglige og metodiske kvalitet

##### *Kommunikation / samtale*

Et flertal af borgerne har overvejende negative udsagn om kommunikationen / samtalen.

Gennemgående føler borgerne sig ikke lyttet til, idet sagsbehandlerne ikke har spurgt tilstrækkeligt ind til eller har været interesseret nok i borgernes individuelle situation. Borgerne føler således at sagsbehandleren har handlet ud fra nogle mere generelle betragtninger i stedet for at sætte sig ind i individuelle forhold – og i nogle tilfælde - foreliggende fakta. En borger siger:

*”Jeg oplevede, at den første sagsbehandler var ude med den store fejekost med generaliseringer, der ikke passede på eller hjalp mig i min konkrete situation. For eksempel fik jeg at vide, at man jo har ansvaret for sit eget liv. Så der var et problem med dialogen synes jeg.”*

Flere borgere anfører, at de ikke høres om hvad det er, de konkret godt kunne tænke sig. Der er eksempler på borgere, hvis ønsker om revalidering og arbejdsprøvningssteder negligeres. I nogle tilfælde føler borgerne at sagsbehandleren ved for lidt eller ligefrem handler fordomsfuldt på grund af manglende viden om sygdom og arbejdsmuligheder, i andre tilfælde anfører borgerne, at sagsbehandlerne har et indforstået sprogbrug. En borger siger:

*”Sagsbehandlerne taler ind i mellem for meget fagsprog. For eksempel tales der indforstået om ’ressourceprofil’ som om vi fra starten kender deres sprog. Der skal de være bedre til at forklare tingene med almindelige ord. Vi kommer jo første gang dér og kender ikke deres sprog, og det rejser undervejs meget tvivl hos os om hvad det præcis er de mener.”*

Flere borgere fortæller om sagsbehandlerens manglende forberedelse før samtalen; papirer der ikke er blevet læst.

Tre borgere nævner brug af bisiddere; i alle tre tilfælde har dette hjulpet markant i forhold til kommunikationen / samtalen.

Som eksempel på noget, der mangler i kommunikationen, nævner en borger udmeldinger om, hvor lang tid en borgers sag kan forventes at tage. Dette kan naturligvis variere fra sag til sag, men ud-



sagnet går på manglen af en introducerede forklaring på hvilke procedurer eller ”trin” borgeren kan forvente at skulle igennem i et givent forløb.

### **Journalføringen**

Fire borgere har overvejende negative udsagn om den skriftlige kommunikation, særligt journalføringen. Der er udsagn om manglende forberedelse i form af læsning af foreliggende papirer og nedskrivning af misforståelser og forkerte forhold. En borger anfører som en væsentlig forskel på to sagsbehandlere, om der var mulighed for at tilføje og rette i journalen:

*”Der var stor forskel på den første og den anden sagsbehandler. Måske mest i engagement og interesse. Og konkret på den måde, at den måde, min sag og mine synspunkter blev gengivet på af min seneste sagsbehandler, var så god, fordi hun havde sat sig ind i sagen, og jeg havde reel mulighed for at tilføje og rette, hvis hun alligevel skulle have skrevet noget, der ikke var helt rigtigt. Den mulighed var ikke til stede med den første sagsbehandler.”*

Der indikeres altså en praksis blandt nogle sagsbehandlere, hvor borgerne ikke inddrages i en ”kvalitetssikring” af i det mindste de faktuelle nedskrevne forhold i journalen. Denne praksis kan i nogle tilfælde selsagt føre til uheldige sagsforløb, idet misforståelser og forkerte oplysninger kan danne baggrund for videre indstillinger og afgørelser.

### **Ventetid på opfølgning**

Der er i alt tolv overvejende negative udsagn om ventetid på opfølgning. Af de tolv borgere anfører de fem, at de selv har taget kontakt til kommunen og har følt sig som primært ansvarlige for at der er sket noget i deres sag, idet kommunen efter flere måneders ventetid ikke havde henvendt sig.

To borgere anfører, at de simpelthen har ventet forgæves på lovet opfølgning. Og endelig anfører andre fem borgere, at de af forskellige årsager i kommunen har ventet meget længe på opfølgning. En borger siger:

*”Generelt måtte vi selv tage initiativer til at følge op og høre om hvordan det gik med de punkter, som sagsbehandleren havde lovet at vende tilbage med. Mange forhold skulle op og vende på fællesmøder eller højere oppe i systemet, og det kunne der gå lang tid med. Særligt fordi der ikke blev meldt tilbage som lovet. Eller det viste sig, at sagen var blevet glemt eller på anden vis ikke prioriteret på det møde, hvor sagen ellers skulle drøftes(...). Generelt var sagsbehandlerne i kommunen, når man talte med dem, søde og forstående, men af årsager vi ikke kender, var de ikke i stand til at handle hurtigt, selvom vi synes behovene og sagen var indlysende. For jo længere tid, der går med jeg venter, jo mindre motiveret bliver jeg. Ventetiden kan jo også gøre én helt trist til mode. Vi fik til sidst at vide, at ét år er kort tid at vente på bevilling af fleksjob. Jeg synes ventetiden har været det værste ved sagsbehandlingen. Hvis man så bare fra starten fik meldt ud, at det og det tager så og så lang tid, så har man noget at holde sig til. Men som det var her, vidste vi ikke hvor længe det ville komme til at tage og om jeg overhovedet ville få fleksjob.”*

For borgerne er ventetiden først og fremmest uforståelig. Men ellers anfører borgerne forskellige bud på årsager til ventetiden. Fire borgere har således oplevet ventetid på grund af interne møder eller arbejdsgange i kommunen, der har trukket sagen ud, i kombination med at sagen er ”glemt” på det møde, den ellers skulle op på, og / eller sagen opfølges ikke videre derfra. Andre borgere har oplevet, at en sagsbehandler har lovet at andre, fx en jobkonsulent, ville henvende sig til borgeren, uden at dette er sket.

Tre borgeres udsagn kan tolkes som at årsagen til ventetiden er kommunens måde at tænke på, dvs. en ”kultur”, hvor der skal gå nogen tid, før en sag er ”moden”, og hvor der ikke tages individuelt fleksibelt hånd om den enkeltes situation, fordi der tænkes i begrænsninger, ikke muligheder. En af borgerne siger:

*”Den anden gang, jeg var til samtale fik jeg heller ikke afklaring af min situation, men jeg fik dog et PC-kursus. Jeg spurgte til om en jobkonsulent kunne hjælpe mig, men det sagde sagsbehandlere først var relevant senere. Sagsbehandlerne var generelt søde, men det er som om der skal gå noget tid, måske fordi de er underlagt krav om at spare. Der er et problem med en ’at se tiden an holdning’, både fra kommunen og lægen.”*

Samlet set må det konkluderes, at der kan være store forskelle på sagsbehandlingsens umiddelbare faglige og metodiske udførelse. Det skal bemærkes, at sammenholder man de ”utilfredse” udsagn med hvor borgere kommer fra (og hvor de er blevet sagsbehandlet), ses ingen tendenser til, at udførelsen af sagsbehandlingen har at gøre med hverken kommunetilhørsforhold eller sagsbehandlerens uddannelsesniveau. I både Køge og Greve kommuner, hvor i alt 17 af de interviewede borgere hører hjemme, er der således et relativt højt uddannelsesniveau blandt sagsbehandlerne (hvoraf næsten alle blev interviewet). Der er således i alt interviewet 9 socialrådgivere, 6 socialformidlere, 5 kommuner og 2 med anden faglig relevant uddannelse.

### **3.2.2 Arbejdsprøvning**

Der er i alt tolv udsagn om arbejdsprøvning og / eller visitation til fleksjob, heraf elleve overvejende negative og ét overvejende positivt udsagn om kommunens sagsbehandling.

To borgere har selv taget initiativ til at finde steder at blive arbejdsprøvet, men hvor kommunen har insisteret på at det skulle foregå andre steder. Hvorfor disse to borgeres ønsker ikke har kunnet imødekommes står ikke klart for borgerne, der har oplevet de foreslåede arbejdsprøvninger som malplacerede, idet borgerne på forhånd kunne sige, at de ikke kunne klare arbejdsprøvningen. En af borgerne siger:

*”De talte om arbejdsprøvning på et revacenter. Jeg skaffede ellers selv kontakt til en institution, der gerne ville ansætte mig på skånevilkår, og hvor jeg så ville kunne arbejdsprøves. Institutionen hen-*

*vendte sig til mig to gange. Men det måtte jeg ikke selv vælge for kommunen. Jeg fortalte også sagsbehandlerne, at jeg gerne ville uddanne mig til klub-medarbejder, men det kunne de ikke umiddelbart sige ja til. I stedet sagde min sagsbehandler – efter mange måneders forløb – at jeg kunne komme til at stå i informationen i Bilka. Så var det jeg fik et mindre hysterisk anfald. Jeg havde aldrig hørt noget fra revacentret, og de initiativer, jeg selv havde taget, kunne ikke opfyldes, selvom institutionsjobbet eller uddannelsen til klub-medarbejder var meget passende til mig i forhold til hvad jeg kunne klare. Tilbuddet om at stå i informationen var derimod ikke noget, jeg havde nogen interesse i. Så jeg talte med store bogstaver ved en samtale i kommunen. Og de lyttede faktisk til mig.”*

Tre andre borgere har samme problemer med indplacering i arbejdsprøvning som på forhånd har forekommet nyttesløs.

To borgere udtrykker, at de har oplevet, at sagsbehandlere har været meget skeptiske over for deres ansøgning om fleksjob fordi der ikke har været en forudgående sygemelding. En af dem siger:

*”Jeg har hele tiden arbejdet; jeg har ikke været sygemeldt, og jeg ville gerne kunne arbejde videre, men i et fleksjob. Så (...) jeg henvendte os til kommunen i 2005 om dette. (...). Det var ikke umiddelbart nemt at få godkendt et fleksjob. Arbejdsgiver har ellers hele vejen igennem været positiv. Men det var som om, at det var et problem i forhold til at få fleksjob, at jeg ikke havde været sygemeldt. Man kunne forstå det, de sagde, som en skjult opfordring om at sygemelde sig.(...). Kommunen lagde op til arbejdsevnevurdering og arbejdsprøvning uden for arbejdspladsen. Det insisterede vi på at sige nej til, for jeg havde og har slet ikke energi til at sætte mig ind i forhold på en anden arbejdsplads og begynde på nye arbejdsopgaver. Kommunen endte med at acceptere dette.”*

Borgernes udsagn indikerer en usikkerhed hos sagsbehandlerne om hvor der skal arbejdsprøves, og over for dokumentationen for arbejdsprøvningen. Således kan flere af borgernes udsagn tolkes som at både spørgsmålet om hvor arbejdsprøvningen skal foregå og dokumentationen for arbejdsprøvningen er noget, der kan forhandles om eller ordnes efterfølgende.

Flere af borgerne udtrykker at sagsbehandlerne har et manglende kendskab til jobfunktioner i praksis, hvilket giver problemer, når der skal arbejdsprøves. Især kan det give borgerne problemer, når sagsbehandlerne mangler en samtidig viden om både lidelse og betydningen af denne i forhold til de konkrete arbejdsmuligheder. Dette øger risikoen for krav om uhensigtsmæssige arbejdsprøvninger, der på forhånd forekommer meningsløse for borgeren. En borger siger:

*”Jeg skulle arbejdsprøves i en børne- og dametøjsforretning. Jeg sagde på forhånd, at det kunne mine arme nok ikke klare, når varerne skulle pakkes ud og stilles på plads på hylderne. Men kommunens jobkonsulent sagde, at det jo kun var måske fire gange om året sådan en forretning får nye varer, så det ville ikke være noget problem. Det viste sig, at man i denne forretning, som i lignende*

*forretninger, meget hyppigt får nye varer hjem, alene af hensyn til manglende lagerplads. Så der var mange varer at flytte på plads. Det endte med, at jeg ikke skulle arbejdsprøves dér alligevel.”*

Det skal over for sygedagpengesagsbehandlerne her retfærdigvis bemærkes, at kritikken her i nok så høj grad er rettet imod jobkonsulenter, som imidlertid i borgernes øjne blot er en anden sagsbehandler, hvis indsats formodes at ske i et tæt samarbejde med sygedagpengesagsbehandleren.

Flere borgere giver udtryk for, at sagsbehandlerens tankegang er styret af regler og vaner snarere end hvad der er hensigtsmæssigt for den enkelte. Dette gælder for de to borgere, der mødte skepsis fra sagsbehandlerne, da de ansøgte om fleksjob uden forudgående sygemelding, og det gælder for borgere, der over for sagsbehandlere har udtrykt deres skepsis over for en forestående arbejdsprøvning uden at få anden forklaring på nødvendigheden af denne, end at ”du kan nok ikke slippe for en arbejdsprøvning.”

Ingen borgere nævner arbejdsgivere negativt i forbindelse med arbejdsprøvning eller fleksjob. De arbejdsgivere, der nævnes, omtales som velvilligt indstillede over for både arbejdsprøvning og fleksjob.

Borgernes udsagn indikerede, at der i kommunerne er problemer med at tolke lovens bestemmelser om hvornår og under hvilke betingelser, der skal arbejdsprøves før der kan visiteres til fleksjob. Derfor blev sagsbehandlerne ved interviewene spurgt om, hvorvidt man kan arbejdsprøves i eget erhverv og hvis ja, hvad ville eksempler på det så være?

Svarene fordeler sig i to hovedgrupper. Den ene gruppe af sagsbehandlere mener som hovedregel, at man ikke eller kun meget sjældent kan arbejdsprøves i eget erhverv / på samme virksomhed som hidtil. En sagsbehandler siger:

*”Udgangspunktet er, at folk ikke kan arbejdsprøves i eget job. Det er en irriterende regel, der giver et dilemma i forhold til arbejdsfastholdelse. For eksempel med en uddannet pædagog, hvis lidelse begrænser hende til 25 timers arbejde om ugen, og hvor hun har en arbejdsgiver, der er velvilligt indstillet over for at tage de hensyn, der skal til. Der skal jeg så arbejdsprøve borgeren i et andet erhverv. I mellemtiden mister hun så kontakten til den første arbejdsplads, hvor hun i mellemtiden måske er fyret fra, og typisk er hendes jobfunktioner i hvert fald besat med en anden person, så hun i praksis har problemer med at komme tilbage.”*

Den anden gruppe af sagsbehandlere mener godt man kan arbejdsprøves på egen arbejdsplads, hvis det samlede billede taler for det. En sagsbehandler siger:

*”Arbejdsprøvning i eget job? Hvis det søges af helbredsmæssige årsager, fx ved svær sygdom, så arbejdsprøver jeg i eget job. Og hvis jeg kan skønne, at mulighederne vil være de samme, uanset hvor arbejdsprøvningen foregår, så afprøver jeg også i eget job. Det gælder om at gøre tingene så*

*skånsomme som muligt for borgerne. Tolkningen af loven skal være til borgerens fordel, ikke til fordel for et bureaukrati. Så jeg lægger meget vægt i beskrivelserne og vurderinger af borgerens funktionsniveau og arbejdsevne, når jeg skal argumentere for arbejdsprøvning i eget job.”*

Med andre ord bekræftes borgernes udsagn, der indikerede problemer med tolkning af lovens krav om arbejdsprøvning. Det skal bemærkes, at de to grupper af holdninger til om arbejdsprøvning i eget job er muligt, ikke er en gruppering efter hvilken kommune sagsbehandleren arbejder i, idet de forskellige holdninger er repræsenteret i begge kommuner med flere sagsbehandlere.

Når der er så store forskelle på fortolkningen af, hvorvidt en borger kan arbejdsprøves i eget erhverv eller ej og under hvilke betingelser, er det interessant at se på, hvad loven siger om dette. Derfor skal lovkravene kort refereres her:

I lovgrundlaget for visitation til fleksjob står der bl.a.:

*”Arbejdsevnen skal være konstateret varigt nedsat, før der kan visiteres til fleksjob. Mulighederne for revalidering, arbejdsprøvning, eventuelt forsøg på omplacering m.v. til udstøttet beskæftigelse skal være afprøvede. Det skal herunder være godtgjort, at mulighederne for ansættelse efter de sociale kapitler har været undersøgt. Undtaget herfra er tilfælde, hvor det er åbenbart formålsløst at gennemføre arbejdsprøvning m.v. forud for visitationen til fleksjob. Der fokuseres således på personens muligheder for aktuelt eller i fremtiden at blive i stand til at udføre beskæftigelse på normale vilkår. Det afgørende er, hvad personen kan eller kan bringes i stand til at klare i forhold til enhver form for arbejde. Der skal derfor ses bredt på nuværende og fremtidige beskæftigelsesmuligheder og ikke alene på eventuelle tidligere erhverv eller på personens ønsker til et bestemt erhverv.”* (Bemærkninger til lovforslag nr. L 136, fremsat den 15. december 2000).

Ovenstående blev i lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats mv. (L233 vedtaget 2. juni 2006) præciseret med henvisning til, at afgørelser om fleksjob træffes på et utilstrækkeligt dokumentationsgrundlag (jævnfør bemærkninger til lovforslaget).

Blandt høringssvarerne på det vedtagne lovforslag var der flere indsigelser der gik på, at det burde præciseres, at der er mulighed for at blive arbejdsprøvet på nuværende arbejdsplads. Beskæftigelsesministeriet kommenterede disse indsigelser:

*”Lovforslaget indebærer heller ikke en ændring i forhold til, hvorledes afprøvningen af den nedsatte arbejdsevne skal foregå. Det er således ikke et krav, at der skal foretages en arbejdsprøvning i en anden virksomhed, hvis personen på hidtidig arbejdsplads kan arbejdsprøves i andre jobfunktioner.”* (Fra opsummering af høringssvar til L233)

Loven siger altså, at arbejdsprøvning godt kan finde sted på samme arbejdsplads / virksomhed, hvis der kan arbejdsprøves i andre jobfunktioner, og at der i nogle (få) tilfælde kan visiteres til fleksjob uden forudgående arbejdsprøvning, hvis dette er åbenbart formålsløst.<sup>3</sup>

Men hos sagsbehandlerne tolkes dette med usikkerhed. Den almindelige tolkning er, at ordene "åbenbart formålsløst" bindes sammen med kravet om arbejdsprøvning i eget erhverv. Forståelsen bliver, at der *skal* arbejdsprøves uden for eget erhverv, med mindre det er "åbenbart formålsløst." Dette medfører, at omkring halvdelen af de her interviewede sagsbehandlere udtrykker at arbejde med en ufleksibel lov, hvor de prøver at "skrive sig ud af det" eller på anden måde prøver at være fleksibel på trods af lovkrav, mens den anden halvdel af sagsbehandlerne mener at leve op til lovkravene ved noget nær altid at arbejdsprøve uden for eget erhverv, uanset hvor uhensigtsmæssigt lovkravet måtte være.

### 3.2.3 Sygdomsforståelser

Sagsbehandlernes udsagn viser, at de har gjort sig mange tanker om hvad sygdom er, både ud fra deres arbejds erfaringer og ud fra diskussioner med hinanden og andre input udefra (kurser mv.). Generelt fremstår de interviewede sagsbehandleres sygdomsforståelser som både reflekterede og nuancerede.

Det er en typisk forekommende forståelse hos sagsbehandlerne at tænke på sygdom som en funktionsnedsættelse og hvilken betydning denne har for arbejdsmarkedet. Sagsbehandlerne prøver derudover at skelne mellem helbredsproblemer og sociale problemer, og de har fokus på, at en sygemelding først og fremmest kan handle om borgerens forsørgelsesgrundlag.

Mange af sagsbehandlerne udtrykker, at sager med lettere psykisk sygdom (stress, depression, angst mv.) kan være svære at håndtere, idet sådanne "diffuse" lidelser ofte dækker over sociale problemer eller problemer med borgerens forsørgelsesgrundlag. Det er således et gennemgående træk hos næsten alle sagsbehandlere, at de skelner mellem borgere med "klare" og "diffuse" diagnoser. De "klare" diagnoser regnes for at være relativt lette at sagsbehandle, mens de "diffuse" lidelser regnes for at være "tunge" sager fordi sagsbehandleren skal bruge meget tid på at afdække om der er en socialt betinget fraværsårsag også. Flere af sagsbehandlerne udtrykker i større eller mindre grad, at sygefravær som følge af en lettere psykisk sygdom i mange tilfælde ikke er lige så "rigtig" en sygdom som "klare" diagnoser såsom brækket ben eller cancer. En sagsbehandler siger:

*"Sygdom er når en person er under indflydelse af funktionsnedsættende faktorer og ikke yder det forventelige i forhold til alder og intellekt pga. psykologiske eller helbredsmæssige forhold. Sygdomme er lettest håndterbare når de er synlige og målbare, fx et brækket ben eller en diskosprolaps*

---

<sup>3</sup> Lovfortolkningen i denne rapport er bekræftet af chefkonsulent Cathrine Tjelleesen fra Arbejdsmarkedsstyrelsens 3. kontor.

*eller grå stær. Sclerose og cancer er klare sygdomme ofte med svære langvarige forløb. Jeg er venlig og lyttende over for cancerpatienter, de kan have det hårdt. Ondt i ryggen kan dække over sociale problemer, det er diffust og kan være svært. En kvinde med fibromyalgi er også svær at have med at gøre, men det er en sygdom, det tager bare lang tid at diagnosticere. Problemet er at få alle de sociale påvirkninger siet fra og finde den reelle sygdom. En diffus lidelse kan dække over dårligt ægteskab, vanskelige børn, mobning på arbejde, lavt selvværd etc.”*

Flere sagsbehandlere kobler opdelingen i ”diffuse” og ”klare” diagnoser til erfaringen med borgerenes motivation for tilbagevenden til arbejde, idet erfaringen er, at de ”svært syge” (borgere med ”klare” diagnoser) typisk er meget motiverede for at vende tilbage til arbejde, mens de ”mindre syge” (borgere med ”diffuse” diagnoser) taler meget om sygdom og mindre om arbejde.

De fleste sagsbehandlere udviser en forståelse af, at der er forskel på en medicinsk diagnose og diagnosens betydning for erhvervsevnen. Den sidstnævnte forståelse kan være påvirket af flere års samarbejde med Projekt arbejdsfastholdelse, idet skellen mellem diagnose og erhvervsprognose er meget centralt i den arbejdsmedicinske tilgang til arbejdsfastholdelse. Og det er da også de sagsbehandlere, der har arbejdet længst med projektet, der klarest udtrykker samme forståelse.

Fire sagsbehandlere giver udtryk for en mere ”klassisk” sygdomsforståelse, hvor sygdom skal følges af en objektiv diagnose, og foreligger en sådan ikke, kan eller må det snarere være motivationen for at arbejde, der er borgerens problem. En sagsbehandler siger:

*”Jeg er af den gamle skole. Der skal som hovedregel være en objektivt undersøgt diagnose. Jeg har det ikke dårligt med at raskmelde en person, der selv mener at være syg, men hvor de lægelige papirer siger noget andet. Eksempelvis en kvinde, der siger hun har meget ondt i knæet efter en operation, men hvor de lægelige udredninger siger at der ikke er noget i vejen nu. Der er en del borgere, der spiller mere syge end de er, og der er en del, der bare ikke gider arbejde.”*

Denne mere klassiske sygdomsforståelse optræder hos fire sagsbehandlere, som alle har meget lidt eller ingen erfaring med Projekt arbejdsfastholdelse. Dette taler så omvendt for, at Projekt arbejdsfastholdelse kan have haft en positiv indvirkning på sygdomsforståelsen blandt de sagsbehandlere, der har været med i flere år.

### 3.2.4 Fokus på arbejdsliv, sygdom eller fremtid?

Ved første møde mellem borger og sagsbehandler mødes også forskellige forventninger. Borgeren har et forudgående arbejdsliv og er kommet ind i en periode, hvor sygdom er kommet til at fylde meget. Sagsbehandleren har et arbejdsmarkedsperspektiv. Hvis borger og sagsbehandler mødes udelukkende med fokus på "eget" perspektiv kan det være en væsentlig årsag til dårlig kommunikation, dårlig fælles forståelse og sager der trækker unødigt i langdrag. I interviewene er der spurgt til, hvad der vægter mest ved samtalen; det forudgående arbejdsliv, sygdommen eller den fremtidige beskæftigelsessituation.

Blandt borgerne er der i alt tolv udsagn om arbejdsliv, sygdom eller fremtidig fokus. Heraf er der tre udsagn, der fortæller, at sagsbehandlerne kun har haft fokus på fremtiden, andre tre udsagn fortæller om fokus på fremtiden og det hidtidige arbejdsliv forstået som CV-oplysninger. To udsagn fortæller om fokus kun på sygdom, ét udsagn fortæller om fokus på fremtid, sygdom og CV-oplysninger. Ét udsagn fortæller om en sagsbehandlers fokus kun på arbejdslivet, mens ét udsagn fortæller om en sagsbehandler, der har haft ligeværdig fokus på forudgående arbejdsliv, sygdom og fremtid.

Flere borgere savner mere fokus på deres arbejdsliv og den situation de er kommet i med sygdom. Nogle af dem udtrykker direkte, at det er en forudsætning for en god fremtidig beskæftigelsessituation, at de bliver mødt med forståelse for og interesse i deres forudgående historie og nuværende situation. En borger siger:

*"Sagsbehandlerne har stort set kun vægtet fremtiden. De har ikke spurgt til hvordan min sygdom er opstået. De har heller ikke spurgt nærmere ind til mit arbejdsliv, de har kun været interesseret i fakta, den slags oplysninger som står på et CV. Hvis de havde interesseret sig for min sygdoms opståen og mit arbejdsliv, ville de meget bedre kunne have forstået, at jeg ikke bare er en person, der vil have penge for ikke at lave noget, men at jeg er interesseret i at klare mig selv ved at arbejde."*

Der er en god overensstemmelse mellem borgerens oplevelse af tilfredshed med sagsbehandlingen i det hele taget, og borgerens oplevelse af sagsbehandlerens udviste interesse for borgerens arbejdsliv.

Borgernes udsagn bekræftes indirekte af sagsbehandlerne, der typisk fortæller, at de efter behov bruger tid på at tale om sygdom i begyndelsen, dvs. ved første samtale, men ellers hurtigt bliver arbejdsmarkedsorienterende derfra. Og nogen særlig interesse for det forudgående arbejdsliv (ud over CV-oplysninger) er der ikke. Sagsbehandleren kan ved første samtale desuden have særlig fokus på at afdække borgerens motivation for at arbejde. En sagsbehandler siger:

*"Der tales mest om arbejdslivet. Hvordan vi får borgeren tilbage på arbejdet. Vi bruger en arbejdsmarkedstænkning. Vi er joborienterede."*



### 3.2.5 Viden om sygdom, lovgivning og arbejdsmarked

Sagsbehandlernes kompetence er at træffe afgørelse om tildeling eller ophør af sygedagpenge, at arbejde med indstillinger til fleksjob og førtidspension, samt følge op på revalideringer og visse andre offentlige foranstaltninger knyttet til borgerens helbredssituation.

Til grund for afgørelserne foreligger ofte lægeattester, speciallægeerklæringer og andre sundhedsfaglige papirer. Dette stiller store krav til sagsbehandleren om at kunne læse og forstå både de lægefaglige udtryk og de beskrevne lidelsers betydning for arbejdsevnen. Samtidig skal sagsbehandleren have et godt kendskab til lovgivningen på området, og der er også krav om et godt kendskab til arbejdsmarkedet forstået som de konkrete jobmuligheder og de mulige arbejdsfunktioner. Med andre ord kræves der for at være sygedagpengesagsbehandler specialiseret viden og kompetencer der rækker ind over tre meget forskellige områder: Sygdom, jura og arbejdsmarked. I princippet har sagsbehandlerne mulighed for at trække på eksperthjælp til hvert af de tre områder.

I spørgsmål om sygdom, herunder tolkning af fx lægeattester o.a. sundhedsfaglig dokumentation, har sagsbehandleren mulighed for at få hjælp fra kommunens lægekonsulent, der er fast ind over indstillinger til førtidspension og fleksjob. Tilsvarende bør sagsbehandlerne have mulighed for at trække på juridisk assistance inden for kommunen, fx i form af en juridisk / faglig konsulent. Og endelig har sagsbehandlerne i varierende omfang mulighed for at bruge jobkonsulenter.

Det samlede indtryk ud fra interviewene med borgerne er imidlertid, at sagsbehandleren oftest er alene om at træffe afgørelser, og at der i en række tilfælde er behov for mere og bedre faglig viden ind over sagerne.

En borger fortæller, at en sagsbehandler egenhændigt har vurderet ("diagnosticeret") at borgeren havde behov for en psykiater:

*"Sagsbehandleren opførte sig som var hun læge, og hun misforstod meget. Eksempelvis sagde hun på et tidspunkt, at mine tvangstanker burde behandles af en psykiater. Men jeg har aldrig omtalt tvangstanker for hende, det har jeg ikke haft, og det har ingen læger sagt eller skrevet noget om. Jeg har derimod haft angst og fobier som følgevirkning af min stressede arbejdssituation, og det har hele tiden været under relevant behandling af en psykolog."*

En anden borger fortæller om, at en sagsbehandler har omgjort en lægefaglig vurdering af, at fysioterapi ikke var nødvendig:

*"Sagsbehandleren i kommunen mente dog, at jeg ville have godt af genoptræning med fysioterapi. Når jeg indvendte, at lægerne sagde, at der ikke var udsigt til bedring, så sagde sagsbehandleren, at de i kommunen stolede mest på fysioterapeuterne."*

En borger fortæller, at en jobkonsulent konkluderede ("diagnosticerede") at borgerens smerter var psykosomatiske:

*"På det efterfølgende møde med jobkonsulenten gik det galt. Han spurgte ind til sygdom og om jeg havde andre skavanker. Da jeg sagde, jeg også havde smerter i armene, vurderede han, at jeg var psykisk syg. Han sagde det var psykosomatisk. Jeg klagede samme dag over ham."*

Men der er også et eksempel på sundhedsfaglig vejledning, der går helt galt. En borger oplevede, at kommunens lægekonsulent, som aldrig havde mødt borgeren, på baggrund af foreliggende papirer mente at borgeren kunne blive rask af kalktabletter og D-vitamin:

*"Ventetiden blev ekstra lang på grund af en udtalelse fra kommunens lægekonsulent, der – uden at have set mig – mente jeg kunne blive rask af kalktabletter og D-vitamin. Min egen læge blev rasende og fik argumenteret imod denne erklæring fra en læge, der aldrig har set mig."*

Når en lægekonsulent på denne måde er "behandlende skrivebordslæge", dvs. blander sig i behandlingen og prognosen for patienter, der er under specialiseret behandlingsansvar andetsteds, kan det få afgørende negativ indflydelse på udførelsen af både sagsbehandlingen og sagens afgørelse. Selvom der blandt de interviewede borgere kun er ét eksempel på at en lægekonsulent har været "behandlende", er forholdet ikke enestående. Fra borgere, der har været igennem "Projekt arbejdsfastholdelse" (og dvs. patienter på Arbejdsmedicinsk afdeling), kendes til flere tilfælde, hvor en kommunal lægekonsulent "overtrumfer" speciallægers vurderinger uden at efterspørge en "second opinion" fra andre læger.

Socialministeriet (Nu Velfærdsministeriet) har ad flere omgange præciseret reglerne for lægers kompetence i socialfaglige afgørelser, se fx "Skrivelse om orientering om lægers opgaver i pensionsager" (SKR nr. 13 af 28/01/1998). Om lægekonsulentens rolle i sociale sager skriver ministeriet i 2004:

*"Men hvad er så lægekonsulentens rolle? Lægekonsulenten har en rådgivende funktion i forhold til opbygningen af det helbredsmæssige dokumentationsgrundlag. Lægekonsulenten kan vurdere den kliniske sygdomsbeskrivelse – herunder tage stilling til om der er sammenhæng mellem de objektive fund og de subjektive klager – og tage stilling til, om der er behov for yderligere oplysninger. Lægekonsulenten kan også vurdere, om en bestemt type arbejdsprøvning givet den helbredsmæssige situation vil gøre mere skade end gavn. Lægekonsulenten er ansat af kommunen i en rådgivende funktion og må ikke foretage sine egne undersøgelser eller lave sin egen diagnosticering af de helbredsmæssige forhold, og kan af samme årsag ikke foretage vurderinger af de helbredsmæssige forhold, der er i strid med det i øvrigt foreliggende dokumentationsgrundlag. Hvis lægekonsulenten ikke mener, sagen er tilstrækkeligt belyst, eller at der ikke er sammenhæng i oplysningerne, må de nødvendige oplysninger indhentes."* (Kontorchef Mikael L. Kristensen, Socialministeriet, Ugeskrift for Læger 2004;166(06):511).

Det skal understreges, at erfaringen fra ”Projekt arbejdsfastholdelse” – både fra interview og patientundersøgelserne i øvrigt – indikerer at flertallet af de kommunale lægekonsulenter holder sig inden for rammerne af deres beskrevne ansvarsområde. Når der alligevel her nævnes kendskab til i hvert fald to tilfælde af lægekonsulenter, der klart har gået over deres beføjelser, er det fordi, at blot én lægekonsulents overskridelse af sine kompetencer selvsagt kan få afgørende negativ indflydelse på sagsbehandlingen i et stort antal sager. Slutteligt om lægekonsulenternes rolle skal siges, at hvis kompetencerne overskrides, da er det kommunens socialfaglige ansvar at se bort fra de dele af lægekonsulentens udsagn, som måtte være irrelevante i forhold til ansvar og kompetence.

Lægekonsulenten er blot én af flere læger, der ofte er ind over sagerne. Normalt er der i sagerne som minimum attester fra egen læge og eventuelt andre specialiserede læger. Udsagnene fra sagsbehandlerne viser, at de ind i mellem kan have problemer med at tolke hvem af specialisterne ”der har ret”, idet modstridende eller delvist modstridende udsagn kan forekomme. Problemerne med at tolke de skriftlige lægeudsagn kan deles op i mindst tre typer problemer, der ofte optræder i kombination:

- 1 *Hvem har mest kompetence?* Sagsbehandleren kan have et problem med at afgøre hvilken læge eller anden specialist, der har (mest) kompetence til at udtale sig om en given lidelse. For eksempel, at et psykologisk problem behandles og beskrives bedst af en psykolog, ikke fx en psykiater, et reumatologisk problem behandles og beskrives bedst af en reumatolog, ikke fx af en gynækolog osv.
- 2 *Problemer med roller.* Familielægen kan stå i et dilemma med at ”beskytte” en borger eller ej, og laver dermed i nogle tilfælde sygemeldinger til borgere, der ikke er syge i normal forstand men i stedet har en mere socialmedicinsk / socialfaglig problemstilling. Sagsbehandlerne ved, at dette forekommer, og de er derfor skeptiske over for nogle familielægers sygemeldinger. Men ”rolleproblemet” gælder også i forhold til lægekonsulenten, der arbejder for kommunen, og som vil tendere mod at se sagen med kommunens perspektiv. Og set fra sagsbehandlerens side kan det i sager med modsatrettede vurderinger være forbundet med interne problemer (i kommunen) med en vurdering af at en anden læge har mere kompetence end kommunens egen læge.
- 3 *Diagnose er forskellig fra erhvervsprognose.* Det er for sagsbehandleren et grundlæggende problem at skulle skelne mellem forståelsen for borgerens lidelse (diagnose) og borgerens muligheder på arbejdsmarkedet (erhvervsprognose). De fleste sagsbehandlere der her er interviewet har i deres sygdomsforståelse et klart arbejdsmarkedsperspektiv, og prøver så godt de kan at skelne mellem sygdom og erhvervs muligheder. Samtidig forekommer dog også blandt nogle sagsbehandlere en ”klassisk” sygdomsforståelse, hvor en objektiv eller ”klar” diagnose ”freder” nogle borgere, mens en ”uklar” diagnose medfører mistænksomhed over for borgeren, der formodes ikke at gide arbejde. Dvs. at problemet kan være, at sagsbehand-

leren læser lægeattester o.a. lægelige papirer for rigoristisk – der sættes lighedstegn mellem visse diagnoser og en given erhvervsprognose.

Borgernes udsagn understøtter, at der også er behov for bedre faglig juridisk assistance til sagsbehandlerne. Bedste eksempel her er den usikkerhed og forskellige tilgang som sagsbehandlerne udviser ved arbejdsprøvninger og indstillinger til fleksjob.

I borgernes udsagn er der også flere eksempler på, at arbejdsmarkeds-ekspertisen kunne være bedre. Der er eksempler på borgere, der bliver sendt i arbejdsprøvning med arbejdsfunktioner, som borgeren med understøttende lægeerklæringer på forhånd kunne udelukke som relevante. I kommunerne er det primært jobkonsulenterne, eller sagsbehandlerne i samarbejde med jobkonsulenterne, der arbejder med at matche borgere med relevante steder at arbejdsprøve.

### 3.2.6 Autonomien i arbejdet

Omtrent en tredjedel af borgerne fortæller om hyppige skift i sagsbehandlere. En borger siger:

*”Det skulle senere vise sig, at der skulle hele seks forskellige sagsbehandlere ind over min sag. Den første skulle på uddannelsesorlov, den næste var en vikar for den, der ellers skulle have min sag, så kom den nye, så var der skift til en særlig sagsbehandler, der tager sig af fleksjob, så var der en vikar for hende, så ophørte hun med sit arbejde osv. Det betød, at jeg følte jeg skulle starte forfra hver gang med min sag, for jeg kunne ikke være sikker på, hvor godt den sagsbehandler, jeg nu stod over for, havde kendskab til min sag.”*

Der er blandt borgere nogen, der har flere typer sager samtidigt, og derfor oplever at skulle ”starte forfra” ved en ny skranke i hver sag, selv om sagerne ud fra borgerens perspektiv hænger sammen. En borger siger:

*”Jeg har oplevet at være kastebold i kommunen. For eksempel har det været på tale med økonomisk hjælp samt hjælpemidler i hjemmet pga. min helbredssituation. Min sygedagpengesagsbehandler henviste mig så til en anden skranke i samme kommune, hvor jeg så skulle begynde forfra med at give alle oplysninger og forklare min situation. De snakker ikke internt sammen, og det er ikke effektivt, tværtimod skubber det min sag langt ud i tid. Forestil dig det samme, hvis du kommer til et bilværksted, og du får at vide, at du skal aflevere din bil tre andre steder også, med de tre andre ting, der skal klares. Og du får ventetiden hvert sted med, så det hele trækker ud.”*

Borgerne beretter også om manglende overførsel af viden fra sagsbehandler til sagsbehandler. Mange af de interviewede borgerne oplever, at sagsbehandlerne ikke tager fælles ansvar for sagerne, hvilket betyder unødige forsinkelser og ventetid, og manglende overholdelse af opfølgningstider.

Et gennemgående problem for borgerne er altså, at der ofte ikke er en anden sagsbehandler, der kan svare på spørgsmål om borgerens sag eller umiddelbart arbejde videre med sagen i den første sagsbehandlers fravær. Og dette er uanset om fraværet skyldes ferie, orlov, den interne organisering af sagerne i kommunen, jobskifte, nyansættelser eller andet. Borgernes udsagn kan med andre ord tolkes som at når borgerens "egen" sagsbehandler ikke er til stede, så går arbejdet med borgerens sag i stå.

Borgernes problemer med hyppige skift i sagsbehandler og at borgerens sag går i stå ved sagsbehandlerens fravær, er set fra sagsbehandlerens side udtryk for et udpræget individuelt og selvstændigt arbejde med opfølgningssager, hvor kolleger eller overordnede ikke "blander sig" i den enkelte sagsbehandlers arbejde. Det er et gennemgående træk i sagsbehandlerens udsagn, at sagsbehandlingen er organiseret som et endog meget selvstændigt arbejde, hvor hovedreglen er, at hver sag behandles af én sagsbehandler og at det er undtagelsen, at der sker fælles drøftelse af sagerne. Den enkelte sagsbehandler har i princippet mulighed for faglig sparring, men meget ofte er den utilstrækkelig. Og selvom revision af sager forekommer, og selvom nogle få sagsbehandlere (nye i jobbet) superviseres noget, så er det gennemgående billede, at der sjældent eller aldrig forekommer supervision af den enkelte sagsbehandlers sager. En sagsbehandler siger:

*"Vi bestemmer selv i høj grad, under hensyntagen til lovgivningen. Vi tilrettelægger selv arbejdsugen. Der er et fagligt møde / gruppemøde hver anden uge, ofte dog kun én gang om måneden, hvor sager kan tages op... (...)... [Mens] jeg har været her, har der typisk været mellem 0 og 5 sager i alt på hvert møde. I en tidligere ansættelse i en anden kommune havde vi en væsentligt anderledes måde at sparre sager på; dér havde vi ugentlige møder med mødepligt og fremlæggelse af alle tvivlsager. Da jeg spurgte til dette i forbindelse med starten på min ansættelse her i kommunen, fik jeg at vide, at der her i kommunen ikke er så meget fast sparring i den enkelte sagsbehandlers sager fordi det kan gå ud over den enkeltes faglige stolthed; det kan skabe 'sår' på den faglige sjæl."*

Den store faglige autonomi og det individuelle arbejde med sagerne giver problemer for borgerne ved sagsbehandlerskift, idet både borger og sagsbehandler skal "starte forfra", og der er risiko for unødige lange forløb med spildtid, fordi sagerne "går i stå." Desuden giver den store faglige autonomi uden særlig supervision en oplagt risiko for forskellig sagsbehandling og forskellige afgørelser afhængig af sagsbehandleren.

Men den store faglige autonomi uden særlig megen supervision har ikke blot betydning for mange borgers oplevelse af, at sagerne går i stå, når sagsbehandleren er fraværende. Autonomien betyder også meget individuelle tolkninger af, hvilke typer sager der skal prioriteres hvornår. En sagsbehandler siger:

*"Jeg prioriterer sygedagpengesager over opfølgning på revalideringer og ledighedsydelse.. (...).. Blandt sygedagpengesager prioriterer jeg arbejdsrelateret stress, dem er jeg hidsig over for. Folk må selv kunne tilrettelægge deres arbejde og hverdag, så de ikke går ned med stress. Omvendt er*

*det med svære sygdomme, specielt cancer, dem skal man ikke følge hidsigt op over for.”*

En anden sagsbehandler siger:

*”Jeg bestemmer min egen faglighed og laver mine egne prioriteringer, dog er der lige nu fælles fokus på ledighedsydelsessager og forlængelsessager.”*

En tredje sagsbehandler siger:

*”Det er (...) helt op til mig selv om jeg vil prioritere opfølgning eller pensionssager. Ofte, når borgeren henvender sig, så prioriteres så dén sag.”*

Andre nævnte prioriteringer af sager er, at sagerne ”prioriterer sig selv”, hensynet til arbejdsmarkedstilknytningen, typen af sygdom, og lovkravene om opfølgning i grupperne 1, 2 eller 3 og de deraf følgende tidsfrister.

Det skal bemærkes, at ingen sagsbehandlere nævner økonomiske begrænsninger eller ledelsesbeslutninger om samme som noget, der i sig selv begrænser mulighederne for at prioritere sagerne fornuftigt. Ikke dermed sagt, at økonomiske begrænsninger og beslutninger (fx som følge af overskridelse af budgetter) ikke kan være en underliggende faktor for prioriteringer, men autonomien synes at have en umiddelbart stor praktisk betydning. For eksempel på om forlængelsessager prioriteres. Det burde de ud fra en økonomisk betragtning, idet kommunen ikke får refusion fra staten ud over 52 ugers sygedagpenge. Alligevel kan en sagsbehandler arbejde og prioritere ud fra den modsatte opfattelse. En sagsbehandler siger:

*”I praksis er det meget op til den enkelte at prioritere blandt sagerne. Det hersker måske den uskrevne lov ikke at prioritere forlængelsessager, for der er alligevel ikke refusion at hente fra staten i disse sager.”*

Det er oplagt, at der med den store autonomi i arbejdstilrettelæggelsen og meget selvstændige prioritering af sager, er risiko for at borgerne vil opleve forskellig sagsbehandling alene på grund af forskellige prioriteringer blandt de enkelte sagsbehandlere.

### **3.2.7 Regelstyring eller fleksible løsninger tilpasset den enkelte?**

To borgere beretter om, hvordan ansøgning om fleksjob uden forudgående sygemelding blev mødt med skepsis alene på grund af den ”manglende” sygemelding. En borger er havnet i et problem med sygedagpenge alene på grund af krav om formalia (arbejdsgivers sent fremsendte refusionsansøgning). Borgeren siger:

*”Siden viste røntgen og scanning af nakken, at jeg har en voldsom slidgigt, som siden også er kommet til andre dele af kroppen. Jeg henvendte mig til kommunen. Men de kunne ikke hjælpe mig, fordi de ikke havde modtaget dagpenge-refusionsskema fra min arbejdsgiver (...). Så med min egen kommunes briller var jeg ikke en sygemeldt, som de skulle sagsbehandle på. Da refusionsanmodningen endelig kom, sagde min kommune, at jeg nærmede mig forlængelse.”*

En anden borger er ”faldet i et hul” (dvs. kontanthjælp) fordi hun ikke umiddelbart kan indpasses i et eksisterende tilbud og selvom hun er motiveret for andet. To borgere har problemer med at få tilpasset fleksjobbet til henholdsvis færre og flere timer end reglerne tilsiger. En borger anfører gerne at ville på fleksjob, men bliver i stedet ”tilbudt” førtidspension. Ved interviewene udtrykker flere borgere, at de har følt at deres sag ikke er blevet individuelt behandlet efter deres behov, men snarere at de har skullet passes ind i nogle kasser. En borger siger:

*”Nu er jeg så, efter igen at være på sygedagpenge, blevet tilbudt plads på et ’coachforløb’, en arbejdsevneafklaring på fire uger. Og derefter har jeg så udsigt til et tre måneders forløb med arbejdsprøvning. Men hvad så hvis jeg også efter de yderligere tre måneder fortsat er afklaret om, at jeg gerne vil noget helt andet? Jeg har jo hele tiden selv været klar over, at jeg gerne ville noget andet. Så der er risiko for, at de forløb, jeg skal igennem nu, er spild af tid. Det er måske fordi kommunen arbejder meget regelbundet i stedet for menneskebundet. I stedet for det lange afklaringsforløb kunne kommunen langt tidligere have indhentet ikke blot den samme, men faktisk mere uddybende, information ud fra mit arbejde de seneste ti år.”*

En borger udtrykker det sådan, at nogle sagsbehandlere tænker ”Kan det lade sig gøre?” i stedet for at tænke ”Hvad skal der til, for at det kan lade sig gøre?”

Udsagnene fra sagsbehandlere bekræfter flere af borgernes indtryk af en sagsbehandling, hvor der bliver tænkt meget i kasser. Sagsbehandlere bruger dog ikke selv udtrykket ”kasser”, men refererer til procedurekrav i lovgivning og bureaukratiske arbejdsgange. Sagsbehandlere peger således på en række forhold, der kan være medvirkende til borgerens indtryk.

Det gælder især ny lovgivning, der det seneste tiår er blevet mere omfattende, mere detaljeret i krav til, hvordan sager skal vurderes, og der kan være et problem med tempoet i fremkomsten af den nye lovgivning, så dens praktiske implementering kommer til at halte bagefter. Og kravene om at følge med i og overholde den nye lovgivning indvirker rent praktisk på sagsbehandlernes muligheder for at overholde andre tidsfrister – og virker formentlig fremmede på bureaukratiske arbejdsgange. Dette gælder især regler om forlængelse og førtidspension.

I nogle tilfælde betyder lovkrav, at opfølgningen forekommer meningsløs; det gælder især opfølgning over for gravide eller ved opfølgning over for arbejdsprøvninger, der kører planmæssigt. En sagsbehandler siger:

*”Mindre gode ting er lovgivningskrav om formålsløs opfølgning. For eksempel at skulle ringe og følge op hver 8. uge over for en gravid. Eller en person, der kører planmæssigt i en arbejdsprøvning. Dér skal jeg også følge op hver fjerde uge, og hver anden gang skal det være ved en samtale, hvor vi skal mødes, selvom der ikke kommer noget ud af det. Det tager tid med lokalebooking, forberedelse, mødeafholdelse og notatskrivning.”*

Særligt bureaukratisk kan det forekomme ved arbejdsgiverens sent fremsendte refusionsanmodninger eller ved tilflytninger fra en anden kommune.

Sagsbehandlerne har to typer af problemer med IT. Dels manglende samkøring af interne systemer, og dels manglende undervisning. Den manglende samkøring betyder at mange oplysninger skal skrives ind flere steder med spildtid til følge.

En sagsbehandler udtrykker manges sagsbehandlers udtrykte meninger om regelstyring og bureaukrati:

*”I revalideringssager skal en formel blanket med Jobplan udfyldes. Men indholdet er det samme som det allerede udarbejdede i både ressourceprofil og i journalnotater. Det er tredobbelt arbejde. Det er også mindre godt med for mange administrative veje for at nå målet, fx i førtidspensionssager, hvor sagen først behandles af os, så ses på af lægekonsulenten, dernæst tilbage til os, der tilretter ressourceprofilen, så går sagen til 2 afsnitsledere 1 fra Jobcenter 1 fra V/H, der ser på sagen, retur til os der igen skal tilrette profil, journal, sag skal evt. på forlængelsemøde torsdagen efter, udfærdige breve til borger mv. og så er der en gruppe, der laver indstillingen til pensionsudvalget. Et andet eksempel på overflødig administration er når vi skal henvise til en anden aktør med henblik på arbejdsprøvning. Så skal vi lave det i ressourceprofilen, hvor man i stedet kunne lave det på en mere enkel ”kryds og bolle blanket” hvor man så skriver, hvad de skal være opmærksomme på. Det fungerer sådan ved en aktør i Roskilde. Det ville også være mere logisk, fordi når vi skal udfylde ressourceprofilen, så kommer vi jo faktisk godt i gang med at lave netop det stykke arbejde, som vi beder den anden aktør om at udføre for os, når vi henviser, det er faktisk derfor vi henviser. (...). IT fungerer ikke optimalt. Det kunne være godt at blive lidt efteruddannet dér, fx i brug af arbejdsmarkedsportalen. Programmet ’ressourceprofilen’ er uhensigtsmæssigt med en cursor, der hopper hvorhen den vil, og desuden er der ikke den skriveplads, der skal være til at beskrive arbejdsferingerne.”*

### **3.2.8 Diskussion**

Når man sammenholder kommunetilhørsforhold / -arbejdsplads blandt de interviewede, er der ikke belæg for at sige noget om udprægede forskelle på kommunerne. Tværtimod optræder de her afdækkede forskelle i sagsbehandlingen på tværs af kommunerne, og det gælder alle de forhold, der nævnes her.



De afdækkende forhold kan deles i to hovedgrupper. Således udgør måden der arbejdes med arbejdsprøvning og fleksjob og sagsbehandlingens umiddelbare faglige og metodiske udførelse, typer af forhold, hvor der er konkrete og umiddelbart konstaterbare forskelle på sagsbehandlingen, og hvor der på kort- eller mellemlang sigt er et stort ændrings- / forbedringspotentiale.

De fem øvrige afdækkede forhold, autonomien i arbejdet, sygdomsforståelser, vægtningen af fokus på arbejdsliv, sygdom eller fremtid, de tværfaglige kompetencer hos sagsbehandlerne, samt om der bruges regelstyring eller fleksible løsninger tilpasset den enkelte, er i højere grad forklarende eller indirekte forhold af betydning for forskelle i sagsbehandlingen. Der er tale om forhold, hvor der på mellemlang og lang sigt er et ændrings- / forbedringspotentiale under forudsætning af organisatorisk opbakning til ændringer af forståelser og tankegange.

### ***To umiddelbare forskelle i sagsbehandlingen***

*Lovgrundlaget for hvor arbejdsprøvning skal foregå er tvetydigt.* Dette medfører den meget udbredte praktiske tolkning, at en borger *skal* arbejdsprøves uden for eget erhverv, med mindre det er "åbenbart formålsløst." Det indebærer arbejdsprøvninger, der forekommer meningsløse for mindst den ene part, og i nogle tilfælde medfører risiko for tab af arbejdsmarkedstilknytningen for borgere, der ellers relevant kunne arbejdsprøves og -fastholdes i eget erhverv.

I den eksterne evaluering gengives synspunkter fra sagsbehandlere, der kan bidrage til en forståelse af, hvorfor der er tilfælde med "meningsløse" arbejdsprøvninger: "...[sagsbehandlerne] ser det som et problem, hvis der står i konklusionen, at personen har nedsat arbejdsevne, uden at der har været foretaget en arbejdsprøvning" (Den eksterne evaluering, side 12). Måske kan denne fokus på nødvendigheden af arbejdsprøvning være medvirkende forklaring på, hvorfor der i nogle tilfælde fra kommunens side insisteres på arbejdsprøvninger, der ud fra de lægefaglige papirer på forhånd forekommer meningsløse. For eksempel borgere med bevægeapparatproblemer, der af en speciallæge er afklarede til ikke at skulle have stående eller gående arbejde, men som alligevel bliver sendt ud i arbejdsprøvninger hvor dette forekommer, fordi lægens "diagnoser" ikke skal "låse" i sagsbehandlerens arbejde med arbejdsprøvninger.

Ligeledes jævnfør den eksterne evaluering (side 13), ser nogle sagsbehandlere arbejdsmedicinernes vurderinger som funktions*begrænsende*, mens de ser sig selv som nogen, der skal se på *muligheder*. En sådan dikotomi rejser spørgsmålet om, hvorvidt enhver beskrevet funktionsbegrænsning kan negligeres eller nedprioriteres til fordel for "muligheder" i det videre arbejde. Det vil sige, at der kan være en generel og principiel konflikt mellem en lægefaglig afklaring (med beskrevne begrænsninger) contra en socialfaglig helhedsvurdering (med fokus på muligheder). Kan eller må sidstnævnte være i modstrid med ekspliciterede lægefaglige begrænsninger?

Man skal være opmærksom på, at der på arbejdsprøvningsområdet kan være et dilemma mellem borgerens ønsker over for sagsbehandlerens helhedsvurdering. Set fra sagsbehandlerens side kan der dels en være en anden faglig vurdering af, hvad der vil være bedst for borgerens arbejdsmarkedssi-

tuation, og dels en vurdering af, at borgerens ønsker ikke er mulige i forhold til lovgivningen. Set fra borgerens side kan dilemmaet dog også bestå i, at når sagsbehandleren vurderer noget ud fra en "helhedsvurdering," så kan en sådan, udover at dække over sagsbehandlerens reelle, saglige vurdering af, hvad der tjener borgeren bedst, også være et røgslør over mindre god sagsbehandling, hvor borgeren ikke har en chance for at anke over det reelle vurderingsgrundlag.

*Store forskelle i arbejdets udførelse.* Mange borgere har kritikpunkter om at der ikke lyttes til hvad borgeren siger ved samtalen, indforstået sprogbrug, sagsbehandlerens manglende forberedelse før samtalen, manglende udmeldinger om, hvor lang tid en borgers sag kan forventes at tage, nedskrivning af misforståelser og forkerte forhold i journalen, uforståelig lang ventetid, manglende opfølgning, borgeren som primært ansvarlig for opfølgningen, og endelig sager, der "glemmes." Med andre ord er der stor forskel på i hvor høj grad der laves god og systematisk opfølgning på sygedagpengesagerne.

### ***Fem forklarende eller indirekte forhold af betydning for forskelle i sagsbehandlingen***

*Sagsbehandlingen er organiseret som et endog meget selvstændigt arbejde.* Hovedreglen er, at hver sag behandles af én sagsbehandler, og det er undtagelsen, at der sker fælles drøftelse af sagerne eller foretages supervision. Som oftest sker der ikke systematisk vidensoverførsel ved sagsbehandlerens fravær. Tværtimod er det almindeligt forekommende, at når borgerens sagsbehandler ikke er til stede, så går arbejdet med borgerens sag i stå. I den eksterne evaluering fremgår det også, at sager går i stå ved udskiftning af sagsbehandlere og ferie (Den eksterne evaluering, side 10). Med denne store autonomi i arbejdstilrettelæggelsen og meget selvstændige prioritering af sager, er der stor risiko for at borgerne vil opleve forskellig sagsbehandling afhængig af, hvilken sagsbehandler de har.

Om der skal være en eller flere sagsbehandlere på en sag kan ses som et økonomisk dilemma, da flere sagsbehandlere ind over samme sag fra starten umiddelbart er en dyrere organisering end den autonome organisering. Spørgsmålet er dog, om ikke en "investering" i teamwork omkring sagerne rigeligt vinder sig ind senere, da der er et potentiale i forkortning af sagsbehandlingstiden svarende til den tid hvor borgerens sag er gået i stå på grund af sagsbehandlerens fravær. Desuden er der på mellemlang og lang sigt et økonomisk potentiale afledt af det faglige og metodiske løft, der følger af et normalt højere bundniveau i arbejde organiseret i team.

*Sygdomsforståelser:* Det store flertal af sagsbehandlerne har både reflekterede og nuancerede sygdomsforståelser med fokus på sygdom som en funktionsnedsættelse og hvilken betydning denne har for arbejdsmarkedet. Sagsbehandlerne prøver derudover at skelne mellem helbredsproblemer og sociale problemer, og de har fokus på, at en sygdomsmeddelelse først og fremmest kan handle om borgers forsørgelsesgrundlag. I nogle tilfælde kan sagsbehandlerens arbejde med at afdække mulige sociale og forsørgelsesmæssige problemer ved "diffuse" lidelser over for borgeren dog komme til at fremstå som manglende interesse i lidelsen, og i nogle tilfælde som sagsbehandlerens udtrykte fordomme og generaliseringer. En mindre gruppe af sagsbehandlerne giver udtryk for en mere "klassisk" sygdomsforståelse, hvor sygdom skal følges af en objektiv diagnose, og foreligger en sådan

ikke, kan eller må det snarere være motivationen for at arbejde, der er borgerens problem. Denne sygdomsforståelse kan selvsagt give store problemer med manglende empati og forståelse for borgerens lidelse, og en sagsbehandling præget af fordomme og generaliseringer.

*Arbejdsmarkedsorienteringen kan skygge for relevant viden om arbejdsliv og motivation:* De fleste sagsbehandlere er meget arbejdsmarkedsorienterede, er indledningsvis fokuseret på sygdom, men har typisk ikke fokus på borgerens arbejdsliv (bortset fra fakta om tidligere ansættelser). Typisk vil borgerne gerne fortælle om deres arbejdslivshistorie for at kunne uddybe deres situation, at de altid har arbejdet så godt de kunne, og at sagsbehandleren ikke må drage forhastede konklusioner om motivationen. Det mindretal af borgere, der har oplevet sagsbehandlere, der har spurgt til borgerens samlede situation inklusiv det hidtidige arbejdsliv, er markant mere tilfredse med sagsbehandlingen end de øvrige borgere.

*Tværfaglige kompetencer er svære at arbejde med i praksis.* Der stilles krav til sagsbehandleren om kendskab til sygdom, jura og arbejdsmarked, og ofte kommer kompetencerne til kort. I princippet har sagsbehandleren mulighed for at trække på assistance på hvert af områderne, som minimum i form af en lægekonsulent, en faglig konsulent og en jobkonsulent. Men hjælpen er i praksis ofte ikke tilstrækkelig eller er ikke til stede. Der er især problemer med tolkningen af de lægefaglige udsagn, hvor der forekommer mindst tre typer problemer: 1) Et kompetenceproblem – hvilken læge ”har ret”? 2) Et rolleproblem - egen læge ”beskytter” borgeren med sygemelding, og hvad kan og må kommunens lægekonsulent udtale sig om? og endelig 3) Et problem med at skelne diagnose fra erhvervsprognose.

*Regelstyring er for dominerende.* Mange borgere udtrykker, at der ikke bliver lyttet til deres individuelle situation, men at de i stedet forsøges indplaceret i ”kasser.” Problemet er dels reglerne, hvor der i nogle tilfælde er opstillet detaljerede regler for omfattende - og i nogle tilfælde både overflødig og meningsløs - dokumentation og opfølgning, ligesom IT-systemerne ikke altid understøtter mindskelse af unødigt administration. Dels er problemet tolkningen af reglerne og en tankegang, hvor nogle sagsbehandlere synes at tænke ”Kan det lade sig gøre?” i stedet for at tænke ”Hvad skal der til, for at det kan lade sig gøre?”

#### **4. Konklusion på den kvalitative del af evalueringen**

Besvarelse af spørgsmålene ”Gør en arbejdsmedicinsk intervention en forskel i sygedagpengesager? Hvilke forhold i interventionen fungerer godt, og hvilke forhold fungerer mindre godt?”

Den arbejdsmedicinske undersøgelse giver borgere mulighed for at blive mere afklarede og få nye erkendelser om deres sygdom og deres erhvervs muligheder. Det gælder især i vanskelige og længe-revarende sager, at arbejdsmedicineren kan bidrage med en opsamlende kompetence i forholdet mellem arbejde og helbred. Den arbejdsmedicinske journal og rundbordssamtalerne er særlige positive elementer i interventionen.

Besvarelse af spørgsmålene: Er der forskelle i den kommunale sagsbehandling i sygedagpengesager som alene kan tilskrives kommunale forskelle eller individuelle forskelle mellem sagsbehandlerne? Og i så fald: Hvori består forskellene? Hvilken betydning har de?

I de undersøgte kommuner er der væsentlige forskelle på arbejdet med sygedagpengesager. Forskelle, som har afgørende betydning for sagsbehandlingens længde, kvalitet og afgørelser. Især skal fremhæves, at der i arbejdet med arbejdsprøvning og visitation til fleksjob er usikkerhed om tolkningen af et tvetydigt lovgrundlag. Der er desuden identificeret en række forhold, der indvirker på forskellene i arbejdet med sygedagpengesager, og som i høj grad kan forklare disse. Forholdene er: En meget autonom organisering af arbejdet. En for ensidig orientering imod arbejdsmarkedet. En varierende sygdomsforståelse. En for dominerende regelstyring frem for en sagsbehandling, der er tilpasset den enkelte.

## Del III: Scenarier for ”Den gode sagsbehandling”

De nedenstående scenarier er en sammenskrivning af løsningsforslag til de problemer, der er af-dækket i den forudgående evaluering, samt forslag fra det afholdte fremtidsværksted. Scenarierne kan læses som både en fælles forestilling om hvordan ”Den gode sagsbehandling” kan se ud og som et ”idékatalog” til inspiration for sagsbehandling i sygedagpengesager.

Den overordnede tankegang bag scenarierne er ”den gode sagsbehandling,” der er karakteriseret ved:

- 1) Er højt bundniveau (fejl er sjældne eller forekommer ikke, der træffes rigtige afgørelser).
- 2) Der er ikke unødigt lang sagsbehandling (samme sag begynder aldrig forfra og ”glemmes” ikke i opfølgningen).
- 3) Borgerens sag bliver individuelt behandlet fra begyndelsen.
- 4) Sagsbehandlerens ”gode arbejde” er et arbejde der kan tilrettelægges selvstændigt og med tilgængelig sparring til umiddelbar rådighed, og med mulighed for fortsat læring fra kolleger, ved kurser, temadage mv. med henblik på arbejdsfastholdelse.
- 5) Teamwork og tværfaglig organisering.
- 6) Et princip om fælles ansvar i hver enkelt sag for både borger og sagsbehandler.

Iværksættelse af de fleste forslag forudsætter både politisk og ledelsesmæssig opbakning.

Scenarierne indeholder elementer, der i nogen grad allerede er praksis i nogle kommuner.

### ***Organiseringen af arbejdet***

Flere sagsbehandlere, minimum to, skal ind over samme sag fra begyndelsen af, så der normalt altid er én til stede, der kan spørges om en sag, uden at sagen skal begynde forfra ved første sagsbehandlers fravær. Arbejdet kan organiseres i mindre grupper / små team, fx på fire, hvor alle er overordnede ansvarlige for alle sager (forstået som at der sker systematisk opfølgning på disse). Det skal inden for gruppen være normen at spørge til hvordan det går med ”vores” sager. Et sådant team skal kunne samarbejde direkte med andre faggrupper tilknyttet jobcentret, og der skal være en tilstrækkelig kompetence indenfor teamet til at iværksætte relevante foranstaltninger / projekter.

Der skal være et tæt samarbejde på tværs af faggrupper og afdelinger, så borgere ikke oplever at skulle begynde forfra ved en ny skranke i tilfælde af flere typer samtidige sager. Herunder skal der være et tættere samarbejde med jobkonsulenterne, fx ved at en jobkonsulent er fast med til teammøder med de mindre grupper af sagsbehandlere. Der skal være en bedre og hurtigere adgang til en

opsamlende lægefaglig rådgivning, der har specialiseret viden om både erhvervsprognose og arbejdsmarkedsmuligheder.

I jobcentret / socialforvaltningen skal der være en tværfaglig organisering, så relevant sundhedsfagligt uddannet personale og en administrativ medarbejder er til stede i samme bygning og kan deltage i det daglige arbejde som også skal organiseres i tværfaglige team.

### ***Kurser / temaer at tage op***

#### *For sagsbehandlere:*

Der kan laves kurser for sagsbehandlere i kommunikation / samtale-teknik, herunder at kunne finde niveau for samtalen og undgåelse af indforstået sprogbrug. Der skal være fokus på, at der indledningsvis skal lyttes til borgerens "historie", så forholdet kan bygge på gensidig forståelse og tillid, samt at de gensidige rettigheder og pligter skal være synlige fra starten.

Kurser i skriftlig kommunikation (journalskrivning), herunder princip om at lade borgere kunne gøre indsigelser over for fejl og mangler.

Kurser i systematisk opfølgning, hvordan gøres dette i praksis, hvilke redskaber kan benyttes?

Undervisning / kursus i tolkning af lovbestemmelser om arbejdsprøvning og fleksjob, samt om lægekonsulentens rolle.

Kurser / temadage om at træffe afgørelser og "skære igennem." Hvordan kan det "fornuftige" lade sig gøre i stedet for at tænke i hvad kan eller ikke kan lade sig gøre? Skal der være ansvarlighed over for loven, borgeren, teamet eller lægerne? Generelt skal tankegangen være at tænke i muligheder og tage ansvar for hvad der besluttes. Forløb skal tænkes som individuelle forløb, og dvs. at borgeren altid skal inddrages i tilrettelæggelsen af forløbet med vægt på muligheder og ansvarliggørelse af borgeren. At fokusere på *muligheder* må dog aldrig overskygge reelle *funktionsbegrænsninger* som disse kan være afklaret i uimodsagte speciallægeerklæringer.

#### *Kurser for borgere, sagsbehandlere og andre:*

Kurser og projekter for både sagsbehandlere og borgere i hyppigt forekommende temaer / problematikker, fx stress, bevægeapparatproblemer, anden etnisk baggrund, smertetackling, afklaring af arbejdsevne og match til arbejdsmarked og sygdomsforståelser.

Kurser eller informationsmøder for borgerne om rettigheder og pligter.

Kurser i karriereafklaring for borgere.

Kurser i den sociale lovgivning for de praktiserende læger.

Kursus for lægekonsulenter eller andre lægefaglige rådgivere i diagnosens betydning for udøvelse af konkrete arbejdsfunktioner (dvs. erhvervsprognose).

### ***Lovgivning / ekstern supervision***

Lovgrundlaget vedr. arbejdsprøvning og fleksjob bør præciseres på en måde, så der ikke opstår udbredte misforståelser af hvornår og under hvilke betingelser en person skal arbejdsprøves og kan indstilles til fleksjob.

Der kan oprettes en "hotline" for tvivlsager, fx i Arbejdsmarkedsstyrelsen eller Den Social Ankestyrelse, som hver enkelt sagsbehandler kan kontakte direkte og foreligge tvivlsspørgsmål så der er én central og konsistent lovforklaring.

Der bør være en ekstern institution, der løbende / regelmæssigt reviderer / superviserer den kommunale sagsbehandlingspraksis som noget andet og mere end blot nuværende revision / tilsyn fra Den Sociale Ankestyrelse, som har fokus på om loven overholdes, ikke om sagsbehandlingen som sådan er god eller hensigtsmæssigt udført. Institutionens målsætning og omdrejningspunkt skal være "best practise."

## Del IV: Anbefalinger til fremtidige interventionsprojekter

I Danmark har der ikke været undersøgelser af arbejdsmedicinske interventioner, der har vist positive resultater på tilbagevenden til arbejde. Dette kan der være flere årsager til. Nogle af evalueringerne har været af lav kvalitet, og andre har ikke målt på tilbagevenden til arbejde, men har i stedet anvendt sygelængde som succeskriterium. Sidstnævnte succeskriterium har dels det problem, at det ikke viser en langsigtet effekt, og dels det problem, at kommunen har en forvaltningsmæssig mulighed for, under visse betingelser, at ophøre udbetalingen af sygedagpenge. Populært sagt kan en kommune administrativt ”skubbe” sygemeldte folk tilbage på arbejde, men hvad nytter dette, hvis der hurtigt opstår nyt sygefravær? Vi må derfor anbefale, at der i videst muligt omfang arbejdes med succeskriterier, der viser solide resultater, der rækker ud over en kortere tidshorizont. For eksempel ”Andel i arbejde på almindelige vilkår” efter minimum 18 måneder efter sygeperioden.

Der er flere erfaringer vi har høstet gennem Projekt Arbejdsfastholdelse, som fortjener en separat kommentar. For det første har vi igennem analysen af de kvantitative data forsøgt os med en del forskellige strategier for at kompensere for den manglende randomisering. På trods af de mange baggrundsdata vi havde på vores population, har vi dog ikke kunne matche vores interventionsgruppe med nogen kontroller, som gav et andet resultat, end det vi har fået i de præsenterede analyser. Årsagen til dette er, at selvom fx etnicitet og indkomst er risikofaktorer for TTA, så forklarer de hver især relativt lidt af forskellen på, hvorfor man har dårlig erhvervsprognose. Vi kan derfor ikke anbefale, at man fremover anvender ikke-randomiserede designs til at evaluere effekten af arbejdsmedicinske interventioner.

Derudover har vi også lært, at det er en dårlig idé at cluster-randomisere på baggrund af kommune. De store kommuneforskelle vi så i TTA efter kontrol for baggrundsfaktorer gør den tilfældige tildelelse af eksponering på kommuneniveau til en risikabel affære, da man let kan komme til at vælge kommuner, der på forhånd har en høj eller lav TTA. Randomiseringen bør derfor altid foregå indenfor kommunerne og ikke favorisere enkelte kommuner frem for andre. Herunder bør man overveje hvordan randomiseringen også kan foregå på sagsbehandlerniveau.

Projekt arbejdsfastholdelse fik ikke et randomiseret design på grund af umiddelbar modstand i kommunerne. Tankegangen bag modstanden var formentlig, at man ikke kunne lade det være op til tilfældet (randomisering) om en borger med et identificeret behov skulle have en særlig indsats. Ved design af nye projekter bør man derfor insistere på at gennemføre randomiseringen ud fra en tankegang om at borgere, der tilbydes mulighed for en særlig indsats, kun måske får denne, og at alternativet ikke er ingenting, men den sædvanlige (gode) indsats.



Inklusionskriterierne bør ikke være ”bløde,” idet sådanne åbner op for problemer med at finde kontroller jævnfør ovenstående. Derimod kan vi anbefale inklusion på baggrund af ”hårde” kriterier (fx diagnose), som er deldefinerede og velkendte for alle parter.

Det kan anbefales at anvende data fra registre, fx Danmarks Statistik eller DREAM. Blandt fordelene skal fremhæves minimering af udgifter til spørgeskemaer, minimering af fortolkningsproblemer ved egne indhentede data, samt normalt sikring af en meget lav andel manglende dataværdier.

Det kan anbefales at evaluere interventionen både kvantitativ og kvalitativt, da en supplerende kvalitativ undersøgelse kan give vigtige svar på hvorfor de kvantitative resultater opstår.



## Del III

Sociallovgivningen udlægges vidt  
forskelligt  
- også på sygedagpendeområdet



Sociallovgivningen udlægges vidt forskelligt  
-også på sygedagpengeområdet

### blå bog

Aksel Skovgaard Clausen (ASC) er ph.d.-studerende på RUC og cand.merc., projektkoordinator ved Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus. ASC's forskningsfelt er sagsbehandling i sygedagpengesager og arbejdsfastholdelse af langvarigt sygemeldte. Artiklen er led i formidlingen af forsknings- og udviklingsprojektet Arbejdsfastholdelse, et samarbejdsprojekt mellem Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus, og Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner. [ascl@regionsjaelland.dk](mailto:ascl@regionsjaelland.dk)

### Resume

Den sociale lovgivning overholdes ikke altid i den kommunale sagsbehandling. Det forklares ofte med henvisning til nyere økonomisk-politiske styringsrationaler, der undertrykker borgerens retssikkerhed og ret til respekt og anerkendelse. Men forskelle i de enkelte sagsbehandlers udlægning af loven kan være en nok så vigtig og selvstændigt betydende forklaring på, hvorfor loven langt fra altid overholdes.

Af Aksel Skovgaard Clausen, cand. merc., projektkoordinator

Nyere forskning viser, at udlægningen af loven kan være vidt forskellig inden for misbrugs- og familie- og børneområdet. I denne artikel viser jeg med et eksempel, at det også forekommer på sygedagpengeområdet, som de senere år er kommet til at ligne andre sociale sagsområder i den kommunale forvaltning. Der argumenteres for, at nogle af de hyppigst fremførte forklaringer på, hvorfor det sociale arbejdes praksis ikke kan leve op til lovgivningens intentioner er for enkle og for teoretiske, især fordi der ikke tages højde for forskelle i adfærd i det sociale arbejdes praksis. Den positive side af dette er, at der kan være et overraskende stort råderum for den enkelte sagsbehandler og kommunen i udlægningen af loven på måder, der på samme tid er fleksible for borgeren og udtryk for god økonomisk forvaltning.

Mit udgangspunkt for at se på socialt arbejde kommer fra min ansættelse som koordinator på forsknings- og udviklingsprojektet "Arbejdsfastholdelse." Projektet udgik fra Arbejdsmedicinsk afdeling i Køge, og blev udført i et tæt samarbejde med fire kommuners socialforvaltninger.<sup>1</sup>

Forskningsdelen var oprindeligt udelukkende baseret på kvantitative data. Disse blev suppleret med kvalitative data, fordi vi på Arbejdsmedicinsk afdeling efter et par års samarbejde havde indtryk af, at der var nogle kommunale, og måske også individuelle, forskelle på sagsbehandlingen i kommunerne. Forskelle som potentielt kunne indvirke afgørende på den intervention, som projektet i første omgang handlede om at afprøve og måle effekten af. Resultaterne fra den kvalitative undersøgelse bekræfter og uddyber, at der er en række forskelle i sagsbehandlingen i sygedagpengesager, blandt andet forskelle i udlægningen af central lovgivning.

### Manglende overholdelse af loven

Det sociale arbejdes svære forhold til jura er ikke noget nyt, og det er gennem årene blevet påvist på mange måder og fra flere forskellige sider. Fra de senere år viser flere "praksisundersøgelser" fra Ankestyrelsen, at dokumentationsgrundlaget i mange sager på sygedagpengeområdet ikke er i orden, og at praksis på an-

dre måder langt fra altid lever op til retssikkerhedsloven. Praksisundersøgelserne viser også, at en høj andel af de undersøgte sager burde være endt med en anden afgørelse, hvis loven skulle være fulgt (Ankestyrelsen 2006a, 2007a, 2007b, 2008).

I socialvidenskaben ser man typisk problemet med udgangspunkt i en undren over "at gode viljer og etisk bevidst social lovgivning tilsyneladende ikke slår igennem i praktisk socialt arbejde." (Høilund og Juul 2005:11).

Steffen Bohni Nielsen og Lars Uggerhøj fremhæver behandlingsidealets forrang for juraen, der lider under to store problemer:

- 1) At den ikke formår at tage hensyn til de komplekse og differentierede problemstillinger, socialarbejderne står over for
- 2) At juraen er et element, der er med til at øge administrationen (Nielsen og Uggerhøj 2005).

Idamarie Leth Svendsen fremhæver, at de retlige krav, der stilles til socialarbejderen i dag, er kendetegnet ved:

- 1) En større orientering mod inddragelse af borgeren i bestemte processer
- 2) At dette er udtryk for en ny måde at styre på
- 3) At det retlige sprog fortsat er i overensstemmelse med "gammeldags," magtform (Svendsen 2005).

Peter Høilund og Søren Juul argumenterer i deres bog "Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde" i tråd med Svendsens punkt 2) for, at sagsbehandlingen er underlagt nogle økonomisk-politiske styringsparadigmer, der har overtaget over for etiske og retlige normer. Høilund og Juul mener, at borgerens relation til det sociale system gennemgående er præget af manglende anerkendelse, krænkelser og disrespekt (Høilund og Juul 2005).

Andre forskere sætter fokus på mødet mellem borger og socialarbejder, og analyserer derudfra magtforhold og fordomme i borger-socialarbejderrelationen (se for eksempel Järvinen og Mik-Meyer 2003). Ud fra denne socialantropologiske forskning er det en implicit pointe, at sagsbehandlingen har sin egen kultur og normer, der så i praksis ofte vil overtrumfe formelle krav som for eksempel lovgivning.

Ovenstående giver væsentlige bidrag til en forståelse af, hvorfor der kan være problemer med at overholde den sociale lovgivning. Men forklaringerne må suppleres med det forhold, at lovgivningen kan blive udlagt meget forskelligt, ikke blot fra kommune til kommune, men også fra sagsbehandler til sagsbehandler. I det efterfølgende præsenterer jeg et eksempel på, hvordan det sociale arbejdes praksis konflikter med lovgivningen, simpelthen fordi lovgrundlaget udlægges afgørende forskelligt i mange sager.

### **Eksempel: Arbejdsprøvning**

Før bevilling af fleksjob, revalidering og førtidspension, er det en forudsætning, at en persons arbejdsevne er vurderet ud fra en arbejdsprøvning. Undtagelser kan være tilfælde, hvor borgerens situation (læs: sygdom) gør arbejdsprøvningen åbenbart formålsløs. I 2004 blev et sted mellem 30.000 og 40.000 danskere sendt i arbejdsprøvning.<sup>2</sup>

I min undersøgelse har jeg ved semistrukturerede interview spurgt ind til 20 langtidssygemeldte borgeres arbejdslivs- og sygehistorie, samt deres sagsforløb i kommunen.<sup>3</sup> Interviewene blev udført individuelt og ved brug af åbne spørgsmål. Borgernes udsagn indikerede, at der i kommunerne var problemer med at tolke lovens bestemmelser om og under hvilke betingelser, der skal arbejdsprøves. Særligt blev der indike-

ret et problem med, hvor arbejdsprøvningen skulle finde sted: På hidtidig arbejdsplads ("i eget erhverv"), hvis det var muligt, eller altid uden for egen arbejdsplads ("uden for eget erhverv")?

Jeg har også interviewet 22 sagsbehandlere, der arbejder med sygedagpengesager. Sagsbehandlerne, der kom fra to kommuner, blev ved semistrukturerede og individuelle interview blandt andet spurgt om, hvorvidt man kan arbejdsprøves i eget erhverv og hvis ja, hvad ville eksempler på det så være?

### **To udlægnings af loven**

Svarene fra sagsbehandlerne fordeler sig i to hovedgrupper. Den ene gruppe af sagsbehandlere mener som hovedregel, at borgeren ikke eller kun meget sjældent kan arbejdsprøves i eget erhverv / på samme virksomhed som hidtil. En sagsbehandler siger:

*"Udgangspunktet er, at folk ikke kan arbejdsprøves i eget job. Det er en irriterende regel, der giver et dilemma i forhold til arbejdsfastholdelse. For eksempel med en uddannet pædagog, hvis lidelse begrænser hende til 25 timers arbejde om ugen, og hvor hun har en arbejdsgiver, der er velvilligt indstillet over for at tage de hensyn, der skal til. Der skal jeg så arbejdsprøve borgeren i et andet erhverv. I mellemtiden mister hun så kontakten til den første arbejdsplads, hvor hun i mellemtiden måske er fyret fra, og typisk er hendes jobfunktioner i hvert fald besat med en anden person, så hun i praksis har problemer med at komme tilbage."*

Den anden gruppe af sagsbehandlere mener, at borgeren godt kan arbejdsprøves på egen arbejdsplads, hvis det samlede billede taler for det. En sagsbehandler siger:

*"Arbejdsprøvning i eget job? Hvis det søges af helbredsmæssige årsager, for eksempel ved svær sygdom, så arbejdsprøver jeg i eget job. Og hvis jeg kan skønne, at mulighederne vil være de samme, uanset hvor arbejdsprøvningen foregår, så afprøver jeg også i eget job. Det gælder om at gøre tingene så skånsomme som muligt for borgerne. Tolkningen af loven skal være til borgerens fordel, ikke til fordel for et bureaukrati. Så jeg lægger meget vægt i beskrivelserne og vurderinger af borgerens funktionsniveau og arbejdsevne, når jeg skal argumentere for arbejdsprøvning i eget job."*

Med andre ord bekræftes borgernes udsagn, der indikerede problemer med tolkning af lovens krav om arbejdsprøvningssted. Det skal bemærkes, at de to grupper af holdninger til, om arbejdsprøvning i eget job er muligt, er repræsenteret i begge kommuner med flere sagsbehandlere.

### **Hvad siger loven?**

I lovgrundlaget for visitation til fleksjob står der blandt andet:

*"Arbejdsevnen skal være konstateret varigt nedsat, før der kan visiteres til fleksjob. Mulighederne for revalidering, arbejdsprøvning, eventuelt forsøg på omplacering m.v. til understøttet beskæftigelse skal være afprøvede. Det skal herunder være godtgjort, at mulighederne for ansættelse efter de sociale kapitler har været undersøgt. Undtaget herfra er tilfælde, hvor det er åbenbart formålsløst at gennemføre arbejdsprøvning"*

*m.v. forud for visitationen til fleksjob.” (Bemærkninger til lovforslag nr. L 136, fremsat den 15. december 2000).*

Lovgrundlaget siger altså, at arbejdsprøvning godt kan finde sted på samme arbejdsplads / virksomhed, hvis der kan arbejdsprøves i andre jobfunktioner, og at der i nogle (få) tilfælde kan visiteres til fleksjob uden forudgående arbejdsprøvning, hvis dette er åbenbart formålsløst.<sup>4</sup>

Men stort set alle sagsbehandlere binder lovens ord ”åbenbart formålsløst” sammen med kravet om arbejdsprøvning i eget erhverv. Forståelsen bliver, at *der skal arbejdsprøves uden for eget erhverv, med mindre det er ”åbenbart formålsløst.”* Men dette er altså en misforståelse. Det interessante er så, at selvom de fleste sagsbehandlere har samme (forkerte) udlægning af loven, så deler de sig i to grupper, når det kommer til udmøntningen i praksis. Den ene gruppe af sagsbehandlere mener at leve op til lovkravene ved noget nær altid at arbejdsprøve uden for eget erhverv, uanset hvor uhensigtsmæssigt lovkravet måtte være. Den anden halvdel af sagsbehandlere udtrykker at arbejde med en ufleksibel lov, hvor de prøver at ”skrive sig ud af det”, eller på anden måde prøver at være fleksibel på trods af lovkrav.

### **Hvad kan man udlede af eksemplet?**

Ud fra ovenstående eksempel kan man udlede flere pointer. En første pointe er indikationen af en udbredt brug af unødigt arbejdsprøvning uden for eget erhverv. Mange i forvejen ressourcetsvage borgere skal opfylde krav, de ikke kan se meningen med, og i mange tilfælde vil sagsbehandleren endda heller ikke kunne se meningen med, hvad der foregår.

En anden pointe er påvisningen af en uklar lovtekst på et centralt område, som giver anledning til misforståelser og fejlfortolkning. Selvom det af ovenstående fremhævede lovgrundlag klart fremgår, at arbejdsprøvning som udgangspunkt og under de rette forudsætninger godt kan finde sted på hidtidig arbejdsplads, så er det en forståelse, der først træder klart frem ved at se på opsummeringen af et hørings svar på lovforslaget. Og selvom også hørings svaret i juridisk forstand er en retskilde, kan man ikke forvente, at hverken sagsbehandleren eller den faglige ledelse i kommunerne læser alle retskilder. Og derfor er lovgrundlaget (og tilhørende bekendtgørelser og cirkulærer) åbenbart ikke godt nok formuleret, når det kan give anledning til så forskellige udlægninger.

En tredje pointe med eksemplet er, at sagsbehandlingen i mange sager kommer til at være uhensigtsmæssigt langtrukket og dermed økonomisk byrdefuld for både borger og kommune, fordi arbejdsprøvning uden for eget erhverv typisk medfører en længere proces, end hvis arbejdsprøvningen var sket og anerkendt på den hidtidige arbejdsplads. Den præcise sagsbehandlingstid i sager med arbejdsprøvning er der ikke data på, men en borger fortæller om processen og tiden blandt andet, at ét år åbenbart er kort tid, når der sagsbehandles om fleksjob:

*”Generelt var sagsbehandlerne i kommunen, når man talte med dem, søde og forstående, men af årsager vi ikke kender, var de ikke i stand til at handle hurtigt, selvom vi synes, at behovene og sagen var indlysende. For jo længere tid, der går med, at jeg venter, jo mindre motiveret bliver jeg. Ventetiden kan jo også gøre én helt trist til mode. Vi fik til sidst at vide, at ét år er kort tid at vente på bevilling af fleksjob. Jeg synes, at ventetiden har været det værste ved sagsbehandlingen. Hvis man bare så fra starten fik meldt ud, at det og det*



*tager så og så lang tid, så har man noget at holde sig til. Men som det var her, vidste vi ikke, hvor længe det ville komme til at tage, og om jeg overhovedet ville få fleksjob.”* Borger, der fik bevilget fleksjob i 2007.

Til denne tredje pointe om den økonomiske u hensigtsmæssighed kan tilføjes, at der er risiko for, at den sygemeldte, der presses ud i arbejdsprøvning uden for eget arbejde, i mellemtiden mister tilknytningen til sin hidtidige arbejdsplads. Dette er både privatøkonomisk og samfundsøkonomisk ikke optimalt.

En fjerde pointe med eksemplet er, at der i kommunerne er et potentiale i at arbejde med at udlægge loven mere ensartet og fleksibelt. For det er jo det sidste, som en halvdel af de her interviewede sagsbehandlere udtrykker at gøre på trods af, at de oplever lovgivningen udtrykke det modsatte. Det ville forbedre det sociale arbejdes faglige niveau med en målrettet indsats med lovforklaringen i form af indsatser fra for eksempel Arbejdsmarkedsstyrelsen, kommunale ledere og juristers øgede fokus på udlægningen af loven, kursusvirksomhed i kommunerne og så videre - her især forstået som sikring af et vist bundniveau, hvor loven ikke udlægges uens og uflexibelt.

### **Lovens indbyggede dilemma: Helhedsvurdering eller røgslør?**

Der kan være et indbygget dilemma i lovgrundlaget for arbejdsprøvning. For på den ene side skal sagsbehandleren tilgodese borgerens ønsker, og på den anden side kræves det, at arbejdsprøvningen giver et dækkende billede af borgerens arbejdsevne. Set fra sagsbehandlerens side kan der være en vurdering af, at borgerens ønsker ikke er mulige i forhold til lovgivningens krav, eller en vurdering af, at nok er borgerens ønsker lovmæssigt mulige, men ønskerne vil samlet set ikke være gode for borgerens arbejdsmarkedssituation. Set fra borgerens side består dilemmaet i, at når sagsbehandleren vurderer noget ud fra en "helhedsvurdering," så kan en sådan, udover at dække over sagsbehandlerens gode saglige vurdering af, hvad der tjener borgeren bedst, også være et røgslør over mindre god sagsbehandling. Når sidstnævnte er tilfældet, og der fra sagsbehandlerside i en afgørelse som væsentligst er argumenteret med en "helhedsvurdering," har borgeren reelt ikke mulighed for at anke over afgørelsen.

### **Udbredelsen af problemet**

Det har ligget uden for rammerne af min undersøgelse at se på, hvor udbredt disse forskellige tolkninger af loven er blandt sagsbehandlere på sygedagpengeområdet i Danmark. Men der er ikke noget, der tyder på, at de interviewede sagsbehandlere er særligt dårligt uddannede eller uoplyste. Tværtimod nævner de at have været på kurser i forståelsen af lovgivning om arbejdsprøvning. På Arbejdsmedicinsk afdeling i Køge har vi også med borgere fra andre kommuner set flere eksempler på tilsvarende forskelligheder i udlægningen af loven. I sin bog "Syge på tvangsarbejde" gennemgår Ellen Ryg Olsen en række tilsvarende sager, hvor lovgivningen på samme felt helt åbenbart misfortolkes (Olsen 2005). På børneområdet har Morten Ejrnæs ud fra en vignetundersøgelse fundet frem til, at der i afgørende spørgsmål kan være store forskelle i sociale arbejderes faglige holdninger til og meninger om nøjagtig samme sag, selvom der vel at mærke er omfattende lovgivning og regler, der i princippet skulle sikre ens sagsbehandling af samme sager. Ejrnæs konstaterer, at forskellene ikke optræder som forskelle mellem faggrupper, men derimod som forskelle inden for samme faggruppe, for eksempel socialrådgivere (Ejrnæs 2004 og 2006).

Det er derfor ikke en urealistisk tese, at der kan være tale om tusindvis af borgere alene på sygedagpengeområdet, der hvert år oplever konsekvenserne af en uensartet og uflexibel udlægning af loven. Hvis

forskellig udlægning af samme lovgivning og regler er et generelt fænomen på alle sociale sagsområder, er perspektivet på én gang både skræmmende og perspektivrigt. Skræmmende, fordi antallet af borgere, der rammes af uens og ufleksibel udlægning af loven, skal opgøres i mange titusinder. Og dog perspektivrigt, fordi der umiddelbart ligger et stort ændringspotentiale i at forbedre det sociale arbejdes praksis, uden at hverken lovgivning eller andre betydende faktorer for det sociale arbejde behøver ændres væsentligt. En nærmere blotlægning af problemets omfang, både inden for og uden for sygedagpengeområdet, kræver dog yderligere undersøgelser.

### **Sparsom forskning på sygedagpengeområdet**

Sygedagpengeområdet er et praksisfelt, der er vokset betydeligt i omfang de seneste 10-15 år. Tidligere var området stort set en udbetalingsfunktion for borgere, der af læger var forsynet med denne eller hin diagnose. I dag er det anderledes. Flere reformer af social- og arbejdsmarkedslovgivningen forpligter nu kommunerne til at følge op, ikke blot over for borgere, der kan have behov for revalidering, fleksjob eller førtidspension, men også over for enhver langtidssygemeldt borger eller blot borgere, der blot er i risiko for at blive langtidssygemeldte. Samtidig er det i lovgrundlaget i dag formuleret, at det ikke er borgerens diagnose, der skal være i fokus i sagsbehandlingen, men i stedet borgerens samlede funktionsevne, som formodes at kunne afdækkes bedst af en socialfagligt uddannet person.<sup>5</sup> Således er sygedagpengeområdet kommet til at ligne andre sociale forvaltningsområder såsom familie- og børneområdet, misbrugsområdet og konthjælpsområdet, hvor den centrale fagperson er en socialarbejder, der træffer socialfaglige afgørelser.

Forskningen på sygedagpengeområdet er relativt sparsom. Det skyldes blandt andet, at området, jævnfør ovenstående, i en forskermæssig forstand først de senere år er blevet "socialt arbejde." Den første forskning inden for sygedagpengeområdet blev foretaget af især arbejdsmedicinske og socialmedicinske klinikker, der de seneste ti år har lavet arbejdsfastholdelsesprojekter i samarbejde med en række kommuner (se en oversigt over disse projekter i Mortensen et al 2008). Disse projekter har været sundhedsvidenskabeligt designet og kan mere præcist kaldes forskning i sygefravær. Når forskningen alligevel skal nævnes her skyldes det, at det i flere af projekterne ikke bare konkluderes, at forskning på området kræver en bedre indsigt i, hvad det er, der foregår i de kommunale forvaltninger. Flere af de afrapporterede projekter er også blevet suppleret med kvalitative elementer og analyser hentet fra socialvidenskab (se for eksempel Hansen og Juul 2000, Høgelund, Filges og Jensen 2003, Rasmussen et al 2004, Mortensen, Bang og Ebbehøj 2007).

Den socialvidenskabelige forskning, der de senere år har sat fokus på og hentet empiri fra sygedagpengeområdet, er domineret af antropologiske eller socialkonstruktivistiske perspektiver (se for eksempel Andersen og Ahrenkiel 2003, Bjerger og Selmer 2007, Fisker mfl. 2008).

Når nu sygedagpengeområdet er kommet til at ligne de andre mere traditionelle sociale sagsområder, kan så også de samme forklaringsrammer bruges? Det tror jeg langt hen ad vejen, de kan. Men ud fra min undersøgelse, må jeg dog også pege på begrænsninger i, hvad der kan bruges som forklaring, og hvor stor betydning en forklaring kan tillægges.

Dette vil jeg argumentere nærmere for ved at se på de forklaringsrammer som Peter Højlund og Søren Juul præsenterer i deres bog "Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde" (Højlund og Juul 2005). Forfatterne argumenterer for, at sociale sagsbehandlingsområder, også sygedagpengesager, er underlagt nogle økonomisk-politiske styringsparadigmer, der har overtaget over for etiske og retlige normer. Højlund og Juul prøver at operationalisere Axel Honneths teori om tre forskellige anerkendelsesbehov, hvor man kan

efterprøve anerkendelse – eller mangel på samme – ved at se efter det modsatte, nemlig empirisk efterprøvbare krænkeserfaringer. Høilund og Juul konstaterer, at alle deres interviewpersoner er blevet krænkede i deres sagsforløb.

### **Finder der omfattende krænkelser sted?**

Men spørgsmålet er, om ikke Høilunds og Juuls interviewmateriale med krænkede borgere mest af alt "blot" giver en række eksempler på dårlig sagsbehandling, der kunne være undgået, hvis sagsbehandleren havde udført sit arbejde bedre? Eksempelvis fortæller Høilund og Juul om en borger, hvis retssikkerhed krænkes, fordi sagsbehandleren bryder sin tavshedspligt ved at gå til borgerens egen læge uden informeret samtykke (side 44). Høilund og Juul fortæller også om en ung mand, der fejlagtigt får afvist bevilling af kontanthjælp, fordi han ikke har fremvist lønsedler (side 118). Men hvordan sådanne fodfejl fra sagsbehandler-side entydigt kan tolkes som krænkelser af borgerens retskrav på grund af udefrakommende styringsrationaler, der indvirker på den institutionelle dømmekraft, er svært at se. Mon ikke fodfejl af denne type altid vil kunne blive begået - uagtet hvilken "dømmekraft" en institution måtte have? I deres anmeldelse af Høilunds og Juuls bog stiller Caswell og Høybye-Mortensen (2005) også spørgsmål til den antagne sammenhæng mellem borgerens subjektive krænkeserfaringer og den manglende anerkendelse og dømmekraft i systemet. Med et socialfilosofisk perspektiv kan man spørge, om borgeren overhovedet kan have en forventning om at blive respekteret og anerkendt i institutionel forstand? Ole Thyssen og Henrik Dahl påpeger i deres bog "Krigeren, borgeren og taberen", at en borger med sociale behov, der møder institutionen, slet ikke kan forvente respekt eller anerkendelse fra institutionen som sådan. Kun de mennesker, borgeren møder, vil kunne udvise anerkendelse, og kun som mellem menneskelig anerkendelse – såfremt den anden person vil udvise den ud fra sine private kriterier hentet fra den private sfære (Thyssen og Dahl 2006).

### **Har økonomisk-politiske styringsparadigmer overtaget?**

Uden tilsyneladende at anføre væsentlige forbehold peger Høilund og Juul på, at "økonomisk-politiske styringsparadigmer" har fået overtaget over etiske og retlige normer. Der er tale om en generel pointe eller entydig tendens. For at understøtte synspunktet citerer Høilund og Juul kommunale ledere, der fortæller om deres videreformidling af budgetkrav til sagsbehandlere. De citerer en socialchef:

*"Det er klart, at budgetovervejelserne får betydning for lovgivningens udmøntning i praksis. Vi regner jo på, hvad førtidspension koster, hvad det koster at være på kontanthjælp, hvad det koster at være på fleksjob, og hvad det koster at være på sygedagpenge. Det spiller ind, når vi snakker budgetter, og det kommer selvfølgelig til at påvirke, for når budgetterne bliver vedtaget, bliver der lagt et loft ind på for eksempel 125 fleksjob – eller hvad det nu kan være (...). Når jeg så melder ud, at der er et sådant loft, siger socialrådgiverne jo 'Hvad gør vi så, når der er 130?' Og så siger jeg 'Selvfølgelig skal I overholde lovgivningen, men I skal undgå, at det første I tænker i, er at få borgerne i fleksjob. Så på den måde påvirkes de. Du kan jo aldrig sige til en socialrådgiver, at de ikke skal overholde lovgivningen. Men hvis vi for eksempel snakker børneområdet, så kan man sagtens sige til en socialrådgiver: 'Det kan godt være, at lille Peter har godt af at komme væk et par måneder, men det er der ikke nogen beviser for, så prøv at finde en løsning, som er lidt mindre kostbar' På den måde påvirkes de."* Anonym socialchef citeret i Høilund og Juul (2005: 85-86).

Høilund og Juul mener, at det af dette og lignende citater fremgår, at *"lovgivningens autoritet tilsidesættes af økonomisk budgetlægning og politisk signalgivning."*

Der kan givetvis fremdrages mange eksempler på budgetudmeldinger fra det politisk-administrative niveau, der efterfølgende forplanter sig ned gennem det kommunale system for til sidst at ende med en medlemmers diffuse udmeldinger til en sagsbehandler om at holde igen på et område eller i en bestemt type sager. Men selvom denne mekanisme – med Høilunds og Juuls ord *"den økonomiske kalkules tilsidesættelse af etiske og retlige normer"* – er et udbredt fænomen, er spørgsmålet, om pointen kan ekstrapoleres til at gælde i alle typer sociale sager, for alle sociale arbejdere og hele budgetåret rundt?

At økonomiske begrænsninger spiller med på det sociale arbejdes område er uundgåeligt, fordi det er et grundvilkår, at der er en latent konflikt mellem på den ene side faglige og retssikkerhedsmæssige krav og på den anden side økonomiske begrænsninger. Det gælder på mange forvaltningsområder og medfører ikke nødvendigvis *"den økonomiske kalkules"* sejr. Det gælder eksempelvis på sygehusområdet, der også kan betragtes som en arbejdsplads med socialt arbejde over for borgere (sundhedsfagligt uddannet personale over for patienter). Der er også budgetbegrænsninger, der i princippet kan begrænse de fornuftige faglige valg. Der er for eksempel budgetter for typer af akutte indsatser eller typer af medicin. Og der er tilsvarende politisk-administrative udmeldinger om budgetter, der forplanter sig til de enkelte sygehusafdelinger. Men dette medfører ikke uden videre lægernes, sygeplejerskernes og andre sundhedsarbejderes faglige nedprioriteringer i konkrete tilfælde. Besparelser og budgetbegrænsninger foregår naturligvis også på sygehuse. Men det sker i form af organisatoriske tilpasninger og overordnede faglige prioriteringer, som meldes åbent ud. Der sker generelt ikke en nedprioritering af patientbehandlingen eller plejen i konkrete tilfælde som følge af interne budgetudmeldinger. I sygehusadministrationen, hvor budgetopfølgningen foregår, vil fokus langt fra kun være på at overholde et givent budget. Fokus er i nok så høj grad på, om en budgetoverskridelse kan regnskabsforklares. Og hvis dette kan ske som følge af lovbundne udgifter, så er der en de facto accept af budgetoverskridelser.<sup>6</sup>

På socialområdet kan effekten af budgetlægning og diffuse interne udmeldinger om at holde igen være større end på sygehusområdet, fordi sygehuse er del af et komplekst faghierarkisk system med betydelig længere tradition end det kommunale, sociale forvaltningssystem. Armslængdeprincippet er således bedre udfoldet på sygehusområdet, hvor muligheden for direkte politisk indblanding i konkrete faglige prioriteringer alt andet lige er mindre. Reformen i form af markedsførelse, indlejring af nye tankegange og så videre kan derfor alt andet lige nemmere lade sig gøre i kommunale systemer end på sygehusområdet. Men ellers er hovedpointen her for både det kommunale område og for sygehusområdet den samme, nemlig at markedsførelsen ikke sker efter politisk-administrative budgetbeslutninger og –udmeldinger, uanset om de er officielle udmeldinger eller chefens diffuse ditto. Markedsførelsen sker derimod ved skabelse af nye aktører på området i form af privathospitaler, private arbejdsmarkedsagenter, der indgår aftaler med kommunen og så videre. En væsentlig årsag til dette er, at de ansatte faggrupper / socialarbejdere ikke uden videre nedprioriterer de faglige hensyn / idealer, og at de ikke er så (arbejds)markedsorienterede på den entydige måde, som Juul og Høilund argumenterer for. Man skal nok snarere forstå, at den påvirkning der er, er en indirekte påvirkning af forvaltningen på grund af et pres fra et stigende antal private aktører.

En anden grund til, at eksplicite sparehensyn som følge af udmeldinger om budgetbegrænsninger næppe har det omfang, som Juul og Høilund indikerer, er, at det i de enkelte sager vil være umiddelbart ulovligt og

i modstrid med borgerens retssikkerhed at arbejde ud fra sådanne. Derfor vil det typisk være sådan, at hvis der er en effekt af "den økonomiske kalkules tilsidesættelse af etiske og retlige normer", så begrænser den sig til et mindre antal sager, typisk et godt stykke inde i en budgetperiode, hvor man kan konstatere, at udgifterne er på vej til at blive "for høje." På børneområdet kan man for eksempel se på antallet af anbringelser uden for hjemmet, at det typisk er noget højere i 1. kvartaler end i 4. kvartaler (Ankestyrelsen 2007d). Hvilket på den ene side kan udlægges sådan, at kommunerne prioriterer økonomi højere end hensynet til truede børn. Men på den anden side kan man spørge, om ikke tallene kan forklares med, at en række anbringelser forsinkes eller afventer det nye budgetår?

### **En anden forklaring – vilkårligheden i det sociale arbejde**

Den enkelte sagsbehandlers udlægning af lovgrundlaget for arbejdsprøvning kan få stor betydning for den enkelte borgers sag. Dette er dog kun et eksempel på et område med forskellig sagsbehandlingspraksis, idet der tidligere også på andre områder er afdækket individuelle forskelle i sagsbehandlingen i samme typer sager (Egelund 2004, Skogens 2005, Flensted-Jensen 2005). Forskellene optræder endda uafhængigt af faggruppe og arbejdssted (Ejrnæs 2004 og 2006). Morten Ejrnæs' studie var af forskellige typer socialarbejders opfattelse af børns problemer, mens Lisa Skogens' studie var af kommunale sagsbehandlers holdninger til kontanthjælpsmodtagere med begyndende alkoholproblemer.<sup>7</sup> Både Skogens og Ejrnæs har benyttet vignette-metoden til at spørge sociale arbejdere om hvordan de vil handle i nogle givne konkrete situationer. Vignette-metoden kan have den svaghed, at der spørges til tænkte situationer, hvilket kan give et andet resultat, end hvis man ser på den sociale arbejders faktiske handling. Omvendt har studier af de faktiske handlinger den svaghed, at enhver borgers situation i princippet er unik, og derfor kun vanskeligt kan sammenlignes med andre borgers situation. Og følgelig kan det være vanskeligt at sammenligne og afdække forskelle i praksis mellem sociale arbejders handling, fordi man sammenligner æbler, pærer og gulerødder. Så selvom Ejrnæs' og Skogens' resultater stammer fra holdningsundersøgelser, der højst kan indikere noget om den faktiske handling, så har deres undersøgelser den styrke, at der er sammenlignet med nøjagtig samme sociale problemstilling og ud fra samme forudgående information.

Men også empiri indhentet på anden vis indikerer forskelle i den sociale praksis, som umiddelbart afhænger af, hvem borgeren har som sagsbehandler. Martin Flensted-Jensen konstaterer således ud fra sine projekterfaringer og en række cases, at de svageste borgers retssikkerhed i realiteten afhænger af, om de har en god relation til frontpersonalet (Flensted-Jensen 2005). Nielsen og Uggerhøj (2005) konkluderer ud fra interviewundersøgelser også, at der kan være store forskelle i den praktiske udførelse af det sociale arbejde. De konkluderer, at sagsbehandlerens "private og individuelle praksis," skyldes manglende ledelsesmæssig prioritering af juraen i kommunerne. Ejrnæs når frem til, at arbejdskulturen og forskelle i faglig dygtighed i sig selv er en kilde til problemer. En ændring af arbejdskultur og en forbedring af fagligheden til en mindste fællesnævner er imidlertid også en ledelsesopgave, så i den forstand er der overensstemmelse mellem Nielsen og Uggerhøj og Ejrnæs' resultater.

Udførelsen af det sociale arbejde kan altså rumme store forskelle fra sagsbehandler til sagsbehandler. Der er et potentiale for, at disse forskelle kan have afgørende betydning i borgernes sociale sager. Og derfor er det en abstraktion, hvis der argumenteres for en sagsbehandlerkultur, hvor alle sagsbehandleres handlinger i sociale sager kan beskrives prototypisk, eller hvis handlinger fra enhver i gruppen implicit formodes altid at være resultatet af udefrakommende forhold som for eksempel "styringsrationaler."

## Konklusion og perspektivering

Der er mange forklaringer på, hvorfor loven ofte ikke overholdes i sociale sager. Heraf kan kort opsummeres faglige idealer, der prioriteres over lovgivning, en umoderne og utilstrækkelig formuleret lovgivning, der øger administrationen, magtforhold og fordomme i borger-socialarbejderrelationen. Endelig skal fremhæves den udbredte forklaring om, at økonomisk-politiske styringsparadigmer har overtaget over for etiske og retlige normer. Ingen af disse forklaringer giver hver for sig eller sammensat en dækkende forklaring på, hvorfor jeg i min egen undersøgelse kan møde en så udbredt misfortolkning af et lovgrundlag. Snarere må man betragte uklar og dermed misforståelig lovgivning som en selvstændig betydende faktor i forståelsen af, hvorfor loven langt fra altid overholdes i sociale sager. Og endelig må man betragte den individuelle vilkårlighed i det sociale arbejdes udførelse som en selvstændig betydende faktor.

Dette giver et ofte overset handlerum for aktørerne, det vil sige sagsbehandlere og kommunale ledere. Dels fordi der allerede med den eksisterende lovgivning ofte vil være mulighed for at tolke loven anderledes til gavn for både den gode sagsbehandling og den kommunale økonomi, og dels fordi det på konkrete områder naturligvis er muligt at tydeliggøre lovgivningen. Hvad der bør ske på området arbejdsprøvning synes hermed at være afdækket. Men der er et yderligere potentiale i undersøgelser af den praktiske forståelse af sociallovgivningen på andre områder med henblik på senere tydeliggørelse. Nogle vil måske sige, at det er for enkelt og for lidt at satse på. Men på den anden side skulle ønsket om "Den gode sagsbehandling" nødig fortone sig i henvisninger til en ulige kamp mod "økonomiske styringsrationaler" eller "krænkelser" med et teoretisk defineret udspring, størrelser, der kun vanskeligt kan ændres væsentligt på i praksis.

## Referencer

Andersen, Linda og Annegrethe Ahrenkiel (2003). Læringsrum i det sociale arbejde. AKF Forlaget.

Bjerger, Bagga og Bodil Selmer (red. 2007). Det sociale arbejdets daglige praksis. Aarhus Universitetsforlag.

Dorte Caswell og Matilde Høybye-Mortensen (2005). Anmeldelse af Højilund, Peter og Søren Juul (2005): Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde. Dansk Sociologi nr. 3/16.

Clausen, Aksel S, Christian Stoltenberg og Peder Skov (2008). Evaluering af Projekt arbejdsfastholdelse, en kontrolleret interventionsundersøgelse over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner. Arbejdsmedicinsk afdeling. Køge sygehus. Pr. november 2008 upubliceret, forventes senere offentliggjort på [www.arbejdsfastholdelserask.dk](http://www.arbejdsfastholdelserask.dk).

Egelund, Tine (2004). Det faglige skøn i socialt arbejde med børn og unge. I 'Det kommunale råderum. Kvalitet, effektivitet og forskellighed i velfærdsydelserne.' Social forskning. Januar 2004. Socialforskningsinstituttet.

Ejrnæs, Morten (2006): Faglighed og tværfaglighed: Vilkkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere, København: Akademisk Forlag

Ejrnæs, Morten (2004). Myten om faglig enighed. I uden for nummer. Årgang 5, nr. 9.

Fisker, Anders, Mathilde Høybye-Mortensen, Flemming Troels Jensen, Sofie Nørgaard-Nielsen, Bo Jacobsen (2008). Socialrådgiveren på arbejde. Portræt af en profession og dens dilemmaer. Hans Reitzels forlag.

Flensted-Jensen, Martin (2005). En ny forståelse af retssikkerhed på det socialpolitiske område – også for de "uelskelige". Artikel i "Uden for nummer" 11. 6. årg. 2005. Dansk Socialrådgiverforening.

Hansen, Finn Kenneth og Mette Marie Juul (2000). Arbejdsfastholdelse – erfaringer og perspektiver. Med udgangspunkt i Projekt Arbejdsfastholdelse i Vejen, Brørup og Holsted kommuner. CASA.

Høgelund, Jan, Trine Filges og Søren Jensen (2003). Langvarigt sygefravær. Hvad sker der og hvordan går det? SFI 03:20.

Højlund, Peter og Søren Juul (2005): Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (2003). At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag.

Mortensen, Ole Steen, Johan Hviid Andersen, John Ektor-Andersen, Hege R. Eriksen, Nils Fallentin, Poul Frost, Jens Peder Haahr, Merete Labriola og Mette Kreutzfeld Zebis (2008). Sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. København. ("Hvidbog").

Mortensen Ole Steen, John Bang og Niels Ebbenhøj (2007) Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger. Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital.

Nielsen, Steffen B. og Lars Uggerhøj (2005). (Sags-)behandlende rettigheder. Artikel i "Uden for nummer" 11. 6. årg. Dansk Socialrådgiverforening.

Olsen, Ellen Ryg (2005). Syge på tvangsarbejde. Om behandlingen af førtidspensionsansøgere. Gyldendal.

Rasmussen, Mette Skou, Birgit Drews, Bonde Jens Peter Bonde, Gregers Ottesen og Claus Vinter Nielsen (2004) Projekt i gang igen: Et kontrolleret interventionsprojekt overfor sygedagpengemodtagere i udvalgte kommuner. Arbejdsmedicinsk klinik, Århus Sygehus & Socialmedicinsk Enhed Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt.

Skogens, Lisa (2005). Socialsekreterares bedömningar – finns någon form av konsensus? Socialvetenskaplig tidskrift nr 4.

Svendsen, Idamarie Leth (2005). Proces og socialret – overvejelser om de retlige krav, der stilles til socialrådgiveren i dag. Artikel i "Uden for nummer" 11. 6. årg. Dansk Socialrådgiverforening.

Thyssen, Ole og Henrik Dahl (2006). Krigeren, borgeren og taberen. Gyldendal.

#### Ankestyrelsens undersøgelser:

Praksisundersøgelse 2008 – førtidspension – herunder vurdering af forudgående indsats i forhold til afklaring af arbejdsevne. Statsforvaltningen Syddanmark. Beskæftigelsesankenævnet.

Kommunernes opfølgning i sager om sygedagpenge. 2007a

Førtidspension til personer med en psykisk lidelse. Ankestyrelsen. 2007b.

Den kommunale indsats for mere beskæftigelse. Ankestyrelsens Analyser. Marts 2007. 2007c

Ankestyrelsens årsstatistik for 2007 over anbringelser af børn og unge uden for hjemmet. 2007d

Det Sociale Nævn for Nordjyllands Amt. 2006. Standsning af sygedagpenge. 2006a

Borgerundersøgelse om kommunernes sagsbehandling efter arbejdsevnetestmetoden. November 2006. 2006b

#### **Noter**

---

<sup>1</sup> Projektbeskrivelse m.m. kan downloades fra [www.arbejdsfastholdelserask.dk](http://www.arbejdsfastholdelserask.dk).

<sup>2</sup> Et præcist tal for gennemførte arbejdsprøvninger inden for sygedagpengeområdet er ikke umiddelbart tilgængeligt. Men man kan regne sig frem til omtrent hvor mange det drejer sig om: I 2004 fik 15.400 tilkendt førtidspension, 17.200 kom på revalidering, og 15.500 blev visiteret til fleksjob, i alt 48.100 personer. Hertil kommer de borgere, der fik afslag på deres ansøgninger, her anslået til i alt 3.400 personer (Ankestyrelsen 2007c). Ud af disse 51.500 skal der fraregnes de sager, hvor arbejdsprøvning af forskellige årsager ikke er foretaget. Man skal desuden fraregne gengangere i tallene, dels fordi vejen til førtidspension ofte går via fleksjob, og dels fordi nogle borgere af anden grund arbejdsprøves mere end én gang. Ud fra disse tal kan man skønne, at et sted mellem 30.000 og 40.000 borgere i 2004 blev arbejdsprøvet. Der er ikke noget, der taler for, at omfanget siden da er blevet væsentligt mindre.

<sup>3</sup> Clausen, Stoltenberg og Skov 2008.

<sup>4</sup> Lovgrundlaget for visitation til fleksjob blev i 2006 præciseret med henvisning til, at afgørelser om fleksjob træffes på et utilstrækkeligt dokumentationsgrundlag. I Beskæftigelsesministeriets kommentarer til høringssvarerne på lovudkastet står der blandt andet: "Lovforslaget indebærer heller ikke en ændring i forhold til, hvorledes afprøvningen af den nedsatte arbejdsevne skal foregå. Det er således ikke et krav, at der skal foretages en arbejdsprøvning i en anden virksomhed, hvis personen på hidtidig arbejdsplads kan arbejdsprøves i andre jobfunktioner." (Fra opsummering af høringssvar til L233 vedtaget 2. juni 2006)

<sup>5</sup> Kravet om skiftet fra "diagnoseorientering" til funktionsevne i den kommunale sagsbehandling på bl.a. sygedagpengeområdet ses meget klart trukket op i pensionsreformen fra 2003.

<sup>6</sup> Man kan indvende, at sygehusområdet er specielt, fordi sundhedspersonalet har "det ultimative argument" når der kan henvises til potentielle dødsfald, hvis ikke udgifterne bliver afholdt. Dertil skal siges, at jeg i en ansættelse i en helt anden offentlig forvaltningsgren i en controller-funktion har oplevet nøjagtig samme indstilling til budgetoverskridelser: De kan tilgives, hvis de kan forklares med "udefrakommende" forhold, og gerne lovkrav.



---

<sup>7</sup> Skogens studie er svensk. Jeg har her oversat ”socialsekretarer” til kommunale sagsbehandlere og ”socialbidragstagere” til kontanthjælpsmodtagere.



## Del IV

Individuelt eller fælles ansvar i  
sagsbehandlingen?



## Individuelt eller fælles ansvar i sagsbehandlingen?

**Sagsbehandlingen i sygedagpengesager foregår ofte efter princippet 'hver sagsbehandler sine sager', uanset at sagsbehandlingen formelt er organiseret i team. Det vises med udgangspunkt i arbejdet i to danske kommuner, hvordan dette kan have betydning for borgerens sag. I artiklen peges på behovet for en fælles ansvarliggørelse af sagsbehandlingen, og ved hjælp af et fremtidsværksted peges på nogle principper, der kan være retningsgivende for 'Den gode sagsbehandling'**

### Baggrund (n1)

De seneste 15-20 år er forudsætningerne for den kommunale sociale sagsbehandling ændret, og især to udviklinger har skubbet på dette. Borgerne er i dag mere bevidste om deres rettigheder og har især via internettet fået bedre og lettere adgang til at skaffe sig viden om dem. I samme periode har sagsbehandlingsfunktionens især efter lovkrav ændret sig fra at være 'diagnostisk' og 'hjælpende' til at handle om socialfaglige helhedsindsatser, hvor borgerens samlede behov og ressourcer skal inddrages efter stadig mere detaljerede retningslinjer og dokumentationskrav. Disse to udviklinger stiller stigende krav til sagsbehandlingen. En praksis med 'hver sagsbehandler sine sager' kan næppe leve op til disse krav. Men hvordan organiseres arbejdet, så 'den gode sagsbehandling' opnås, og hvad er der af barrierer for dette?

I denne artikel viser jeg en række eksempler på problematikker i sagsbehandlingsarbejdet på sygedagpengeområdet i to danske kommuner, og jeg argumenterer for, at disse problematikker kan afhjælpes med en anden organisering af arbejdet. Efterfølgende diskuteres det hvorfor det sociale arbejde tilsyneladende er resistent over for gruppearbejde, og jeg anviser veje til alligevel at etablere om ikke egentligt gruppearbejde i opgaveløsningen, så i hvert fald en højere grad af fælles ansvarliggørelse for sagerne.

### Metode (n1)

20 langtidssygemeldte borgere fra seks kommuner blev ved semistrukturerede interview spurgt om deres arbejds- og sygehistorie, samt deres sagsforløb i kommunen. Borgerne blev med åbne spørgsmål blandt andet spurgt om, hvem eller hvad der bestemmer i sygedagpengesager, samt om prioriteringen af borgerens sag. Ved udvælgelse til interview blev i alt 94 tilfældigt udvalgte borgere tilbudt at være med, og af disse blev de første 20, der svarede positivt tilbage, udvalgt til deltagelse.

Ligeledes er der ved semistrukturerede og individuelle interview interviewet 22 sagsbehandlere, der arbejder med sygedagpengesager. Sagsbehandlerne blev med åbne spørgsmål blandt andet spurgt om hvordan sager prioriteres / visiteres og om graden af selvstændighed i arbejdet og arbejdstilrettelæggelsen

Der er desuden afholdt et fremtidsværksted med temaet 'Den gode sagsbehandling i forbindelse med langtidssygdom og nedsat arbejdsevne' med deltagelse af i alt 16 interviewede borgere og sagsbehandlere fra de to kommuner, samt en arbejdsmedicinsk speciallæge, der arbejder med arbejdsfastholdelse. Metodisk blev fremtidsværkstedet afholdt efter Jungks og Müllerts principper (Jungk & Müllert, 1984), dvs. med en kritikfase, en utopifase og en virkeliggørelsesfase.

Brugen af kvalitative interview og et fremtidsværksted kan ses som en triangulering, når man betragter genstandsfeltet overordnet som problemer og muligheder i sagsbehandlingen i sygedagpengesager, Men ellers skal de to empiriformer snarere end en triangulering ses som en tretrinsrakat med forskellige typer af erkendelser og forandringsperspektiver. Fremtidsværkstedet i denne undersøgelse var unikt fordi en række sagsbehandlere og borgere, samt en enkelt læge, brugte en hel dag sammen i en faciliteret dialog udelukkende med det formål at afsøge problemer og muligheder i 'Den gode sagsbehandling'.

#### Resultater fra interview (n1)

Interviewene er opdelt i tre afdækkede problemfelter efter screening af borgerinterviewene for negative udsagn. Disse har jeg inddelt i kommunikationen, journalføringen, ventetid på opfølgning, samt fravær eller skift af sagsbehandler.

#### Kommunikationen (n3)

Gennemgående føler borgerne sig ikke lyttet til, idet sagsbehandlerne ikke har spurgt tilstrækkeligt ind til eller har været interesseret nok i borgernes individuelle situation. Borgerne mener at sagsbehandleren har handlet ud fra nogle mere generelle betragtninger i stedet for at sætte sig ind i individuelle forhold – og i nogle tilfælde - foreliggende fakta. En borger siger:

*"Jeg oplevede, at den første sagsbehandler var ude med den store fejkekost med generaliseringer, der ikke passede på eller hjalp mig i min konkrete situation. For eksempel fik jeg at vide, at man jo har ansvaret for sit eget liv. Så der var et problem med dialogen synes jeg."*

Der er eksempler på borgere, hvis ønsker om revalidering og arbejdsprøvningssteder negligeres. I nogle tilfælde føler borgerne at sagsbehandleren ved for lidt eller ligefrem handler fordomsfuldt på grund af manglende viden om sygdom og arbejdsmuligheder, i andre tilfælde anfører borgerne, at sagsbehandlerne har et indforstået sprogbrug. En borger siger:

*"Sagsbehandlerne taler ind i mellem for meget fagsprog. For eksempel tales der indforstået om 'ressourceprofil' som om vi fra starten kender deres sprog. Der skal de være bedre til at forklare tingene med almindelige ord. Vi kommer jo første gang dér og kender ikke deres sprog, og det rejser undervejs meget tvivl hos os om hvad det præcis er de mener."*

#### Journalføringen (n3)

Flere borgere fortæller om sagsbehandlerens manglende forberedelse før samtalen, især at papirer ikke er blevet læst.

Fire borgere har overvejende negative udsagn om den skriftlige kommunikation, særligt journalføringen. Der er udsagn om manglende forberedelse i form af læsning af foreliggende papirer og nedskrivning af misforståelser og forkerte forhold. En borger anfører som en væsentlig forskel på to sagsbehandlere, om der var mulighed for at tilføje og rette i journalen:

*”Der var stor forskel på den første og den anden sagsbehandler. Måske mest i engagement og interesse. Og konkret på den måde, at den måde, min sag og mine synspunkter blev gengivet på af min seneste sagsbehandler, var så god, fordi hun havde sat sig ind i sagen, og jeg havde reel mulighed for at tilføje og rette, hvis hun alligevel skulle have skrevet noget, der ikke var helt rigtigt. Den mulighed var ikke til stede med den første sagsbehandler.”*

Ventetid på opfølgning (n3)

Der er i alt tolv overvejende negative udsagn om ventetid på opfølgning. Af de tolv borgere anfører de fem, at de selv har taget kontakt til kommunen og har følt sig som primært ansvarlige for at der er sket noget i deres sag, idet kommunen efter flere måneders ventetid ikke havde henvendt sig.

To borgere anfører, at de simpelthen har ventet forgæves på lovet opfølgning. Og endelig anfører andre fem borgere, at de af forskellige årsager i kommunen har ventet meget længe på opfølgning. En borger siger:

*”Generelt måtte vi selv tage initiativer til at følge op og høre om hvordan det gik med de punkter, som sagsbehandleren havde lovet at vende tilbage med. Mange forhold skulle op og vende på fællesmøder eller højere oppe i systemet, og det kunne der gå lang tid med. Særligt fordi der ikke blev meldt tilbage som lovet. Eller det viste sig, at sagen var blevet glemt eller på anden vis ikke prioriteret på det møde, hvor sagen ellers skulle drøftes.(...). Generelt var sagsbehandlerne i kommunen, når man talte med dem, søde og forstående, men af årsager vi ikke kender, var de ikke i stand til at handle hurtigt, selvom vi synes behovene og sagen var indlysende. For jo længere tid, der går med jeg venter, jo mindre motiveret bliver jeg. Ventetiden kan jo også gøre én helt trist til mode. Vi fik til sidst at vide, at ét år er kort tid at vente på bevilling af fleksjob. Jeg synes ventetiden har været det værste ved sagsbehandlingen. Hvis man så bare fra starten fik meldt ud, at det og det tager så og så lang tid, så har man noget at holde sig til. Men som det var her, vidste vi ikke hvor længe det ville komme til at tage og om jeg overhovedet ville få fleksjob.”*

Fravær eller skift af sagsbehandler (n3)

Omtrent en tredjedel af borgerne fortæller om hyppige skift i sagsbehandlere og at dette har haft en selvstændig negativ indflydelse på deres sagsforløb. En borger siger:

*”Det skulle senere vise sig, at der skulle hele seks forskellige sagsbehandlere ind over min sag. Den første skulle på uddannelsesorlov, den næste var en vikar for den, der ellers skulle have min sag, så kom den nye, så var der skift til en særlig sagsbehandler, der tager sig af fleksjob, så var der en vikar for hende, så ophørte hun med sit arbejde osv. Det betød, at jeg følte jeg skulle starte forfra hver gang med min sag, for jeg kunne ikke være sikker på, hvor godt den sagsbehandler, jeg nu stod over for, havde kendskab til min sag.”*

Der er blandt borgerne nogen, der har flere typer sager samtidigt, og derfor oplever at skulle ’starte forfra’ ved en ny skranke i hver sag, selv om sagerne ud fra borgerens perspektiv hænger sammen. En borger siger:

*”Jeg har oplevet at være kastebold i kommunen. For eksempel har det været på tale med økonomisk hjælp samt hjælpemidler i hjemmet pga. min helbredssituation. Min sygedagpengesagsbehandler henviste mig så til en anden skranke i samme kommune, hvor jeg så skulle begynde forfra med at give alle oplysninger og forklare min situation. De snakker ikke internt sammen, og det er ikke effektivt, tværtimod skubber det min sag langt ud i tid. Forestil dig det samme, hvis du kommer til et bilværksted, og du får at vide, at du skal aflevere din bil tre andre steder også, med de tre andre ting, der skal klares. Og du får ventetiden hvert sted med, så det hele trækker ud.”*

Borgerne beretter også om manglende overførsel af viden fra sagsbehandler til sagsbehandler. Mange af de interviewede borgerne oplever, at sagsbehandlerne ikke tager fælles ansvar for sagerne, hvilket betyder unødige forsinkelser og ventetid, og manglende overholdelse af opfølgningstider.

Et gennemgående problem for borgerne er altså, at der ofte ikke er en anden sagsbehandler, der kan svare på spørgsmål om borgerens sag eller umiddelbart arbejde videre med sagen i den første sagsbehandlers fravær. Og dette er uanset om fraværet skyldes ferie, kursusdeltagelse, orlov, jobskifte, nyansættelser eller andet. Borgernes udsagn kan med andre ord tolkes som at når borgerens ”egen” sagsbehandler ikke er til stede, så går arbejdet med borgerens sag i stå.

Hvad siger sagsbehandlerne? Borgernes problemer med hyppige skift i sagsbehandler og at borgerens sag går i stå ved sagsbehandlerens fravær, er set fra sagsbehandlerens side udtryk for et udpræget individuelt og selvstændigt arbejde med opfølgningssager, hvor kolleger eller overordnede ikke ’blander sig’ i den enkelte sagsbehandlers arbejde. Det er et gennemgående træk i sagsbehandlerens udsagn, at sagsbehandlingen er organiseret som et meget selvstændigt arbejde, hvor hovedreglen er, at hver sag behandles af én sagsbehandler og at det er undtagelsen, at der sker fælles drøftelse af sagerne. Den enkelte sagsbehandler har i princippet mulighed for faglig sparring, men meget ofte er den utilstrækkelig. Og selvom revision af sager forekommer, og selvom nogle få sagsbehandlere (nye i jobbet) superviseres noget, så er det gennemgående billede, at der sjældent eller aldrig forekommer supervision af den enkelte sagsbehandlers sager. En sagsbehandler siger:



*"Vi bestemmer selv i høj grad, under hensyntagen til lovgivningen. Vi tilrettelægger selv arbejdsugen. Der er et fagligt møde / gruppemøde hver anden uge, ofte dog kun én gang om måneden, hvor sager kan tages op... (...)... [Mens] jeg har været her, har der typisk været mellem 0 og 5 sager i alt på hvert møde. I en tidligere ansættelse i en anden kommune havde vi en væsentligt anderledes måde at sparre sager på; dér havde vi ugentlige møder med mødepligt og fremlæggelse af alle tvivlsager. Da jeg spurgte til dette i forbindelse med starten på min ansættelse her i kommunen, fik jeg at vide, at der her i kommunen ikke er så meget fast sparring i den enkelte sagsbehandlers sager fordi det kan gå ud over den enkeltes faglige stolthed; det kan skabe 'sår' på den faglige sjæl."*

Den store faglige autonomi og det individuelle arbejde med sagerne giver problemer for borgerne ved sagsbehandlerskift, idet både borger og sagsbehandler skal 'starte forfra', og der er risiko for unødige lange forløb med spildtid, fordi sagerne går i stå. Desuden giver den store faglige autonomi uden særlig supervision en oplagt risiko for forskellig sagsbehandling og forskellige afgørelser afhængig af sagsbehandleren.

Men den store faglige autonomi uden særlig megen supervision har ikke blot betydning for mange borgeres oplevelse af, at sagerne går i stå, når sagsbehandleren er fraværende. Autonomien betyder også meget individuelle tolkninger af, hvilke typer sager der skal prioriteres hvornår. En sagsbehandler siger:

*"Jeg prioriterer sygedagpengesager over opfølgning på revalideringer og ledighedsydelse.. (...).. Blandt sygedagpengesager prioriterer jeg arbejdsrelateret stress, dem er jeg hidsig over for. Folk må selv kunne tilrettelægge deres arbejde og hverdag, så de ikke går ned med stress. Omvendt er det med svære sygdomme, specielt cancer, dem skal man ikke følge hidsigt op over for."*

En anden sagsbehandler siger:

*"Jeg bestemmer min egen faglighed og laver mine egne prioriteringer, dog er der lige nu fælles fokus på ledighedsydelsessager og forlængelsessager."*

En tredje sagsbehandler siger:

*"Det er (...) helt op til mig selv om jeg vil prioritere opfølgning eller pensionsager. Ofte, når borgeren henvender sig, så prioriteres så dén sag."*

Andre nævnte prioriteringer af sager er, at sagerne 'prioriterer sig selv', hensynet til arbejdsmarkedstilknytningen, typen af sygdom, og lovkravene om opfølgning i grupperne 1, 2 eller 3 og de deraf følgende tidsfrister.

### Resultater fra fremtidsværkstedet (n1)

I forlængelse af undersøgelsens kvalitative interview, blev der afholdt et fremtidsværksted, der tog udgangspunkt i en præsentation af alle de ovennævnte problemer med sagsbehandlingen. Der var grundlæggende enighed mellem sagsbehandlere og borgere om såvel de identificerede problemer som en lang række løsningsmuligheder. Borgernes og sagsbehandlerne prioriterede mange forslag og handlemuligheder, især om organiseringen af arbejdet, kurser / videreuddannelse og lovgivning / ekstern supervision. Heraf skal de prioriterede forslag om organiseringen af arbejdet uddybes.

Flere sagsbehandlere, minimum to, skal ind over samme sag fra begyndelsen af, så der normalt altid er én til stede, der kan spørges om en sag, uden at sagen skal begynde forfra ved første sagsbehandlers fravær. Arbejdet kan organiseres i mindre grupper / små team, fx på fire, hvor alle er overordnede ansvarlige for alle sager (forstået som at der sker systematisk opfølgning på disse). Det skal inden for gruppen være normen at spørge til hvordan det går med 'vores' sager. Et sådant team skal kunne samarbejde direkte med andre faggrupper tilknyttet jobcentret, og der skal være en tilstrækkelig kompetence indenfor teamet til at iværksætte relevante foranstaltninger / projekter.

I jobcentret / socialforvaltningen skal der være en tværfaglig organisering, så relevant sundhedsfagligt uddannet personale og en administrativ medarbejder er til stede i samme bygning og kan deltage i det daglige arbejde som også skal organiseres i tværfaglige team. Dette skal sikre, at borgere ikke oplever at skulle begynde forfra ved en ny skranke i tilfælde af flere typer samtidige sager.

Der skal være et tættere samarbejde med jobkonsulenterne, fx ved at en jobkonsulent er fast med til teammøder med de mindre grupper af sagsbehandlere. Der skal være en bedre og hurtigere adgang til en opsamlende lægefaglig rådgivning, der har specialiseret viden om både erhvervsprognose og arbejdsmarkedsmuligheder. Der skal være en tættere kontakt mellem jobkonsulent og virksomheder med fokus på rådgivning om muligheder. Etablering af kurser i karriereafklaring/ rådgivning for borgerne. Der ønskes, at virksomheder sætter mere fokus på de sociale kapitler - og bruger dem. Det gælder også offentlige virksomheder.

### Diskussion af resultater (n1)

Resultaterne fra interviewene viser, at selvom et flertal af borgere er generelt tilfredse med samtalen i kommen, så oplever langt de fleste borgere problemer i sagsbehandlingen. Disse kan rubriceres under overskrifterne kommunikationen, journalføringen, ventetid på opfølgning, samt fravær eller skift af sagsbehandler, hvoraf jeg her vil se mest på sidstnævnte problematik.

Sagsbehandlingen er organiseret som et meget selvstændigt arbejde. Hovedreglen er, at hver sag behandles af én sagsbehandler, og det er undtagelsen, at der sker fælles drøftelse af sagerne eller foretages supervision. Som oftest sker der ikke systematisk vidensoverførsel ved sagsbehandlerens fravær. Tværtimod er det almindeligt forekommende, at når borgerens sagsbehandler uanset årsag ikke er til stede (pga. ferie, orlov, kursus, sygdom, jobskifte m.m.), så går arbejdet med borgerens sag i stå. Den individuelle arbejdstilrettelæggelse og prioritering af sager betyder også en forøget

risiko for vilkårlighed i sagsbehandlingen, idet risikoen for alle de her identificerede problematikker må mindskes væsentligt med mere systematisk erfaringsudveksling og fælles prioriteringer. Især er det oplagt, at der ved flere sagsbehandlere ind over samme sag kan undgås, at der begås grove fodfejl eller overses oplagte behov. Netop dette har været et resultat af en omlæggelse af arbejdsorganiseringen på børneområdet i Hillerød kommune, hvor teamorganisering har betydet, at der ikke længere er medarbejdere, der sidder alene med sagerne.<sup>1</sup>

Ved et fremtidsværksted er det lykkedes at etablere en enighed blandt borgere og sagsbehandlere om både de organisatoriske problemer og en række løsningsforslag. Centrale forslag er at organisere arbejdet både mere tværfagligt og i team. Da der i princippet i forvejen er teamorganisering i den ene af de undersøgte kommuner, er der noget der tyder på, at man kan have en teamorganisering af navn uden at den nødvendigvis også er det af gavn. Der kan derfor være grund til at se nærmere på, hvad teamwork – dvs. gruppearbejde – i socialt arbejde er for noget, og hvorfor det kan være så svært at gennemføre i praksis.

Hvad er gruppearbejde i det sociale arbejde? (n3)

I litteraturen synes gruppearbejde i det sociale arbejde helt overvejende at handle om enten gruppebaseret undervisning af borgere, hvor den sociale arbejder er en slags facilitator (se fx Heap, 2005) eller det består af tværfaglige grupper, hvor forskelligt faguddannede med samme genstandsfelt – fx samme borgers sociale og sundhedsmæssige situation – bliver udgangspunktet for det fælles mål og fx faste fælles møder med henblik på koordinering. I litteraturen om sådanne gruppearbejder er ”empowerment” de senere år at være blevet et gennemgående tema eller formål, idet det sociale arbejde kommer til at få formålsfokus på borgerens fysiske, psykiske, sociale eller økonomiske selvhjulpethed. Gruppearbejde forstået som fast etablerede grupper af medarbejdere med samme faglige udgangspunkt og arbejdsfunktioner, og med systematisk overlap på samme borgers situation eller sag, er der derimod væsentligt færre referencer til. Dette er et paradoks, når man samtidig i det praktiske sociale arbejde i kommunerne kan støde på mange referencer til, at der er ’teamorganisering’.<sup>2</sup> Det vil sige, at forståelsen af, at der skal arbejdes tæt sammen, må formodes at være udbredt, men hvor samarbejdet i praksis kan være højst forskelligt udformet, fordi der ikke er generelt accepterede fælles retningslinjer eller forståelser af, hvordan arbejdet skal foregå.

Hindrer sagsbehandlerkulturen gruppearbejde? (n3)

Hans Jørgen Limborg fortæller i *Den risikable fleksibilitet – På vej mod et nyt arbejdsmiljø* om et udviklingsprojekt i en pensionsafdeling i Københavns kommune. Et af midlerne til at opnå en bedre arbejdsplads både for sagsbehandlere og for borgere skulle være en mere fleksibel varetagelse af arbejdsopgaverne via etablering af en teamstruktur. Der var dog begrænset succes med dette. Limborg skriver:

*”Der var som nævnt store forskelle på i hvor stort omfang de tre team havde udvidet teamets funktioner. Kvalitetskontrol, faglig sparring og metodeudvikling som f.eks. klientsamtaler og journalføring var blandt forslagene til teamopgaver. Det som bremsede for at teamene satte gang i denne*

*type aktiviteter, var i høj grad den traditionelle sagsbehandlerkultur, som vægter den enkeltes sagsbehandlers fulde kompetence højt. Denne kultur medfører en iboende modstand mod alle forslag som bygger på en opgavefordeling, der på baggrund af forskelle i kompetencer eller interesser, søger en mere effektiv og fleksibel afvikling af opgaverne. Tilsvarende blev forslag, der indebar at den enkelte sagsbehandler skulle redegøre for egne metoder eller som stræbte mod at opnå fælles retningslinjer for sagsbehandling, klientkontakt eller lignende mødt med megen modstand.” (Limborg, 2003, 201:202)*

En særlig sagsbehandlerkultur kan altså stå i vejen for ændringer. En del af denne kan forklares med sagsbehandlerens ønske om at bevare mest mulig selvstændighed i arbejdstilrettelæggelsen som gruppearbejdet kan ses som en trussel imod. Et afledt spørgsmål heraf er, hvem det er, der skal tilgodeses ved arbejdets organisering. Er det først og fremmest 'det gode arbejde' for medarbejderne eller er det borgerens behov for at højt fagligt bundniveau, der skal sikres?<sup>3</sup> Som fremtidsværkstedet viste, kan dette dog vise sig at være et dilemma, der er til at overvinde, i hvert fald teoretisk.

Sagsbehandlerkulturen er også beskrevet som en kultur med en generel modstand eller skepsis over for formaliseret viden (Bergmark & Lundström 2007). Det er også et gennemgående tema i forskningen i socialt arbejde, at der er et spændingsforhold mellem teori og praksis. Og årsagen hertil er ikke 'blot' en sagsbehandlerkultur, men mere generelt, at det sociale arbejdes praksis er underlagt de velfærdsstatsprofessionelles rationalitet, dvs. underlagt love, regler og egne reproducerende praksisser, mens teorien er underlagt videnskabelige krav om systematik, kohærens og transparens (Brante 2003, 174-175).

På børneområdet har Morten Ejrnæs fundet frem til, at der hersker en konsensuskultur blandt socialarbejderne. Kulturen betyder, at selvom der kan være store forskelle i socialarbejderes faglige holdninger til og meninger om nøjagtig samme sag, så tages åbne diskussioner ikke, og saglig kritik tages ikke uhøjtideligt, men derimod personligt (Ejrnæs 2004; 2006). En sådan konsensuskultur kan også tolkes som en forklaring på, hvordan sagsbehandlerkulturen gør det svært for gruppearbejdet at vinde indpas.

Anne Knudsen ser i sin bog "Her går det godt, send flere penge" kritisk på omgangsformerne i den offentlige sektors omsorgsarbejde. Hun mener dette er intimiseret og inderliggjort af kvindelige værdier (Knudsen 2002). Knudsens eksempler og genstandsfelt er i højere grad omsorgsarbejde end socialt arbejde, men grænserne for hvad der er hvad, er flydende. Hvis Knudsens pointer kan overføres til alt socialt arbejde, vil også en del af sagsbehandlerkulturen udgøres af, at der lægges vægt på professionelt påtagne bekymringer, følelsesforståelser og et ønske om at 'komme i dybden' med borgerens problemer, uagtet hvor dybtgående eller vidtrækkende borgerens konkrete problemer er ifølge borgeren selv. Forudsætningen for en sådan kultur med kvindelige værdier må – ud over at foregå på kvindedominerede arbejdspladser - være en meget individuel arbejdstilrettelæggelse og praksis, fordi en mere systematisk fælles organisering og eksplicite normer for arbejdstilrettelæg-

gelsen og –udførelsen, samt en norm for håndhævelsen af disse, ville mindske de såkaldte kvindelige værdier i det sociale arbejde.

I tråd med Knudsen fremhæver Rosmari Eliasson-Lappalainen i en konflikt mellem en mandlig teoretisk, principstyret, retfærdigheds- og rettighedsmoral og en kvindelig omsorgsmoral, der er mere praksisorienteret (Eliasson-Lappalainen 2007, 323).

Margaretha Järvinen og Nana Mik-Meyer har i deres forskning vist, hvordan ulige magtrelationer udspiller sig i mødet mellem sagsbehandler og borger, og hvordan disse kan hindre godt socialt arbejde (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Mødet kan ikke blot gå galt på grund af et ulige magtforhold, det handler også om uddannelse og metodisk fokus i arbejdet i forholdet til målsætningerne. For eksempel peger Nanna Mik-Meyer på, at det metodiske fokus i sagsbehandlerarbejdet i alt for høj grad kan komme til at handle om 'den svære samtale' hvad enten metoden er indlevelse eller en standardiseret manual, når det, der faktisk er borgerens behov, kan være et ret konkret problem knyttet til arbejdsmarkedet og den økonomiske selvforsørgelse (Mik-Meyer, 2002). Således kan sagsbehandlingens fokus næsten ensidigt blive at afsøge sammenhængende forståelser af alle borgers problemer i stedet for at understøtte konkret problemløsning (Mik-Meyer, 2003). Spørgsmålet er om ikke forudsætningen for en sådan 'problemafsøgningskultur' er en (for) individuel arbejdstilrettelæggelse?

Vi har altså en sagsbehandlerkultur, hvor den individuelle arbejdstilrettelæggelse (eller 'den fulde kompetence') vægtes højt. Men det er også en sagsbehandlerkultur med en erfaringsbaseret praksis, der er i latent konflikt med formaliseret viden, metoder og teknikker. Afledt heraf kan man tale om en konflikt mellem videnskabelige metoder og 'praktisk viden' erfaret i en lønarbejdsverden præget af love og regler og politisk-økonomiske udmeldinger, hvor der aldrig synes at være tid til ideelle, teoretiske løsninger. Sagsbehandlerkulturen er også en kultur, hvor man forestiller sig en faglig enighed, der reelt ikke er, og som kan forekomme fordi der ikke er en åben kultur med systematisk vidensdeling og fælles ansvar. Nogle forskere peger på, at en sådan konsensuskultur også er en kvindekultur, hvor der er fokus på at 'hjælpe', også når borgeren ikke selv udtrykker at ville hjælpes med det, som hjælperen mener at kunne se behovet for.

En anden type forklaring (n3)

De problematikker, der her er afdækket, kan i nogen grad også ses som manglende overholdelse af loven, fx bestemmelserne om kommunens pligt til at følge op mindst hver 8 uge, som helt åbenbart ikke overholdes i mange tilfælde. Socialforskerne Peter Højlund og Søren Juul argumenterer for, at mange eksempler på manglende overholdelse af lovgivningen på det sociale område kan forklares med, at sociale sagsbehandlingsområder, også sygedagpengeområdet, er underlagt nogle økonomisk-politiske styringsparadigmer, der har overtaget over for etiske og retlige normer. Desuden er det deres tese, at udefrakommende styringsrationaler indvirker på den institutionelle dømmekraft, så der helt generelt kommer til at finde krænkelser sted i forholdet mellem sagsbehandler og borger (Højlund og Juul, 2005). Forklaringen kan dog langt fra gælde i alle tilfælde, idet man næppe kan

forklare enhver fejl eller uhensigtsmæssighed i sagsbehandlingen med udefrakommende forhold. Høilund og Juuls tese er da også modgået ad flere omgange (Caswell & Høybye-Mortensen, 2005; Clausen, 2009).

#### Konklusion og perspektivering (n1)

Min undersøgelse viser, at det individuelt organiserede arbejde kan være en selvstændig og væsentlig årsag til en række hyppigt forekommende problemer i sagsbehandlingen i sygedagpengesager. Det gælder især problemer knyttet til sagsbehandlers fravær af enhver årsag, men også en øget risiko for vilkårlighed i sagsbehandlingen. Af bagvedliggende forklaringer på, hvorfor det kan være vanskeligt at organisere sagsbehandlingen mere gruppebaseret, kan fremhæves en særlig sagsbehandlerkultur, hvor den enkeltes selvstændige arbejdstilrettelæggelse vægtes højt. Dertil kommer naturligvis en række rammebetingelser og økonomiske vilkår, der i enhver forvaltning kan sættes begrænsninger for ændringer af organisationen.

Men uanset hvilken forklaring, der tillægges størst værdi, synes fælles løsenet for at udvikle 'Den gode sagsbehandling' at være at komme væk fra det i dag udbredte individuelt udførte sagsbehandlararbejde, hvor mange sagsbehandlere arbejder alene med langt de fleste sager. Spørgsmålet er så, om gruppearbejde (eller 'teamwork') er vejen frem, idet gruppearbejde kan praktiseres højest forskelligt. Snarere må vejen mod 'Den gode sagsbehandling' at være at etablere et fælles fagligt teoretisk grundlag om hvilke principper, der skal lægge til grund for arbejdet, så i det mindste tre formål opfyldes: 1) At borgerens sag ikke går i stå ved et hvert fravær af sagsbehandleren, 2) At de værste fodfejl eller uhensigtsmæssigheder i sagsbehandlingen undgås og 3) At der sikres et fagligt bundniveau – dvs. i realiteten sikres imod følgerne af vilkårlighed i sagsbehandlingen.

#### Principper for den gode sagsbehandling i sygedagpengesager (n3)

Afslutningsvis vil jeg præsentere nogle principper for den gode sagsbehandling i sygedagpengesager. Principperne er blevet til efter en kondensering af de synspunkter, der kom frem på det afholdte fremtidsværksted:

- 1) Et overordnet og reflekteret valg blandt politikere og forvaltere af et bottom-up perspektiv med inddragelse af medarbejdere og borgere i opstilling af scenarier, praktiske løsninger og konkrete retningslinjer for det gode sociale arbejde. Perspektivet indebærer at se på det sociale arbejde som en fortsat proces, hvor borgerne behandles individuelt. Valget skal ses som en modsætning til et top-down-perspektiv med fortsættelse og udbygning af detailstyring, kortsigtede økonomiske krav og styringsredskaber, samt omfattende registrerings- dokumentations- og evalueringskrav.
- 2) Altid tilgængelig faglig sparring.
- 3) Sagsbehandlerens arbejde kan tilrettelægges både selvstændigt og med gennemsigtighed i arbejdet, og med mulighed for fortsat læring fra kolleger, ved kurser, temadage mv. med henblik på arbejdsfastholdelse.
- 4) Teamwork og tværfaglig organisering.
- 5) Der er fælles ansvar i hver enkelt sag for både borger og sagsbehandler.

---

<sup>1</sup> Ifølge lederen af afdelingen "Familie og sundhed" i Hillerød kommune, Charlotte Bloch Jespersen i interview i Radioavisen på DR P1 fredag d. 9. januar 2008 kl. 9:00.

<sup>2</sup> Laver man fx en søgning på google med søgeordene "team" og "sygedagpenge", vælter det frem med kommunale hjemmesider, hvoraf det fremgår, at afdelingen, der tager sig af sygedagpengeopfølgning, hedder noget med "team."

<sup>3</sup> Ofte fremstilles interessekonflikten som sagsbehandlerens valg mellem at tilgodese enten borgeren eller samfundet (Meeuwisse, Anne og Hans Swärd 2007), hvorefter sagsbehandleren er den, der står med et grundlæggende dilemma, næsten som en lus mellem to negle. En sådan fremstilling overser dog sagsbehandlerens latente egeninteresse i arbejdets selvstændige organisering.





Del V

The Individually Focused Interview  
- methodological quality without  
transcription of audio recordings



# THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

The Individually Focused Interview – methodological quality  
without transcription of audio recordings

Aksel Skovgaard Clausen

Roskilde University /

Roskilde County Hospital Køge

## Abstract

This paper argues with an example that omission of audio transcriptions replaced with coproduction of notes under certain conditions can be performed with no harm done to neither reliability, validity and transparency. These certain conditions are: Professionals or other relatively ‘strong’ and heterogeneous interviewees, well planning of the interview and focused themes, a thorough and repeated introduction to the interview. The omission of audio transcriptions is an obvious solution to the researcher who is wants breadth of statements stemming from many more interviewees than often possible. It also can bring more time to involvement in the field and further analysis.

*Keywords:* qualitative research interview, transcriptions, reliability, validity, transparency, breath of statements, The Individually Focused Interview

The Individually Focused Interview – methodological quality

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

### without transcription of audio recordings

Using the qualitative research interview, it is a well known risk that the researcher or student 'suffers the data death' because she ends up with (too) many pages and finds it difficult to gather up the raw data. Kvale calls this "The 1.000 page question" (Kvale, 1997, p. 176), while others 'simply' warn researchers not to "drown" in the data (Silverman, 2005, p. 349). The 1.000 page question and the risk of drowning in data derives from the wish to interview more people than possible in the research process.

This paper argues that audio transcriptions of qualitative research interviews under certain conditions can be replaced with coproduction of notes with no harm done to neither reliability, validity and transparency. These certain conditions relates to the group in study, well planning of the interview and focused themes, and a thorough and repeated introduction to the interview. The paper introduces The Individually Focused Interview as an alternative way to find the immediate discourses that are attached to the main issue and seeks to predict trends and explain the social dynamics, and a way to ensure breadth of statements. Furthermore the paper argues theoretically, from the standpoint of modern hermeneutics, that audio transcriptions are not necessarily needed to comply to scientific standards

Since 1940's the qualitative research interview has evolved from Robert K. Merton's focused interview to present a range of qualitative interviews. Today Merton gets the credit for the development of the focus group interview (Pedersen, 2003) although Merton's original ideas in "The focussed interview" did not include today's many uses of focus group interviews (Merton 1965; Merton, Fiske & Kendall, 1990). Merton was not only the literary midwife to the focus group interview; he also represented an important change to the mentality of the research interview.

Merton (1946) argued that instead of using more mechanical quantitative measurements to understand people's statements about dissatisfaction, satisfaction, comfort, or discomfort, a

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

fundamental shift to a qualitative interview style would reveal more depth of understanding. At the same time the possibility to do recordings began to be spread to researchers. It was thus possible to transcribe interviews in the manner we know today.

Subsequently, the qualitative research interview has reached high ground throughout the world, not just at universities but also at other teaching levels and in change-oriented processes in organizations guided by consultants. Especially from the 1990's a number of researchers argues for the use qualitative methods complementing the quantitative methods (Yin, 1994; Tellis, 1997; Tashakkori & Teddlie, 1998).

The father of modern hermeneutics Hans Georg Gadamer argued that in interpretation of the dialogue statements, you need to understand them from the person's situation and horizon of understanding. Moreover, we must understand that objectivity in the natural scientific sense is not possible for interpretations of statements hence the definitive interpreter is also part of the interpreted (Gadamer, 1960). Historically the presentations of the qualitative methods and their differences from quantitative methods have been part of a battle about what is scientific and what is not (Tashakkori & Teddlie, 1998). Not least the ability of the qualitative methods to satisfy requirements of validity, which has been under fire from advocates of quantitative methods whilst qualitative researchers conversely argue that in qualitative methods natural science-based validity requirements can not be used. The development of the qualitative research interview thus occurred concurrently with a defence of both the necessity and the scientific status of it. The development of the qualitative interview in this context may have contributed to focusing less on its possible weaknesses.

However, there are widespread practical problems for researchers in outlining the method used when using qualitative research interview in a transparent manner. Not least, there are problems with explaining reliability and validity - it is often not possible to 'look over the

researcher's shoulder'. I will return to an argument for this.

### **The Individually Focused Interview**

In the following I will endeavour to present an example of how the qualitative research interview with a perspective from the hermeneutics under certain conditions can be conducted in a manner that makes it possible to improve reliability, validity and transparency. Firstly I will present the context ('The case') in which the interview method was used. Secondly, I will describe in detail the stages of the interview which I attach crucial importance to or modify referring to.

The Individually Focused Interview is described under the headlines of the following six stages:

- 1) Thematisation, design and planning.
- 2) Thorough introduction to the interview method.
- 3) The interview and coproduction of notes on statements.
- 4) Writing the notes draft and further coproduction.
- 5) Analysis.
- 6) Results.

This may be compared to Kvale's seven stages of method, which can be seen as a 'gold standard' in qualitative research interviews: 1) Thematisation, 2) Design, 3) Interview, 4) Transcription, 5) Analysis, 6) Verification, 7) Reporting (Kvale, 1997, p. 95). The two main differences to Kvale's seven stages is firstly the involvement of the IP in the interview (the thorough and repeated introduction to the interview and the contribution from the IP in the production of notes), and secondly the omission of transcription of recordings.

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

I call the method ‘The Individually Focused Interview’ (TIFI) remembering Merton's focused interviews. I use the word ‘focus’ to show that the temporal weighting in the interview process is on the study's key issues related to issue themes.

### **The case**

My task in the “Work Retention Project” in 2007 was to collect data to answer questions about possible differences in municipal proceedings sickness cases (after an intervention or not). The project was a controlled non randomized study with an epidemical design. The quantitative data revealed how many people were on long term sickness leave, from what types of disease and the immediate correlation between the type of disease cause and length of sick leave. The data also revealed a difference between the participating municipalities in the project. The figures showed that there was a link between the municipality citizens whom had been treated in case, and the citizen's subsequent labour market status. Also the length of the sick status varied according to the municipality the citizen lived in.

### **A note on municipal proceedings sickness cases in Denmark**

In Denmark, whenever a citizen, possibly suitable for the labour market, virtually most people between 18 and 62, is on long term sickness leave, the municipal is both responsible for paying sick payments and, compared to most other countries, a comprehensive follow up on the status of the citizen regarding both the sick status and the possibilities to return to work. Hence, the proceedings in sickness leave cases in Denmark are substantive, both in the sense of the diffusion and quantity of this kind of social work and when it comes to potential importance in the individual case.

### **Thematisation, design and planning.**

From the quantitative data we had a series of 'why' and 'how' questions that seemed to best answered using qualitative methods. Because between municipals, and even within the same municipal, there seemed to be significant differences in the proceedings in the exact same type of sickness leave cases. One example was one citizen who where refused certain favours according to Danish social legislation, moving to another municipal, and immediately after having those exact same favours accepted according to the same laws. Hence we had the feeling that the identified differences were not necessarily only differences between municipalities, but also differences reflecting the behaviour among social workers within the same municipality. Therefore, there was a need for a data collection that not only could explain differences in behaviour at the municipal level, but also behavioural differences in individual cases. To do this we had to involve both the social workers and the citizens on long term sickness absence. The question then was how many citizens and how many social workers had to be interviewed to gain a sufficient knowledge base to get a picture of the concrete problems and why the differences occurred.

To ensure an adequate breadth in the data collection, it was necessary to reach significantly more than 5-10 participants in the interview. The study included interviews with 20 people reported ill and 22 municipal social workers handling municipal proceedings sickness cases. The social workers came from two municipalities. The interviews were individual. Focus group interview could have been chosen but would not have guaranteed a regular breadth of statements about problems because in focus group interviews there is a risk of asymmetrical power relations between participants, which may arise during the dominance and different time. I have no references to this point of asymmetrical power relations, only my experience from participation in focus group interviews and organizational groupings that can be compared to focus groups.

Asymmetrical power relations may not be a problem if you are testing and developing attitudes in a group. But when the purpose is to uncover the breadth of statement, it would be an



## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

advantage with equal time to each interview person (IP). Choosing focus group interviews could also give a distortion of the material because it can be difficult to bring together people with different working hours and different labour market positions at the same time.

### **Thorough introduction to the interview method**

In the written invitation to participate in the interview, there was a layman's description of the purpose of the interviews and the study, and a reference to where the participants could learn more (a website, a phone number and an email address).

During the telephone confirmation of participation / agreement for interview time and place (which were decided by the IP) the following was told / repeated: 1) The purpose of the interview (including research project as such). 2) That the interview would not be recorded but instead written down in condensed form. 3) That during the interview there would be sought a consensus with the IP on what statements should be written down. 4) That the IP shortly after the interview was expected to approve or correct the draft version of the condensed interview. At the end of the telephone conversation confirming the participation, it was agreed with the submission of an interview guide with questions and themes.

### **The interview and coproduction of notes on statements**

All interviews began with a refresher of the purpose of study, etc. according to the above 1-4. The interviews were semi structured and themed with nine sub-themes and 2-4 specific questions for each sub-theme. The questions were followed by detailed, open questions. For example: "What do you mean by that?", "Can you elaborate on that?" Or "Can you give some examples?" The specific questions were indicative, i.e. that not all questions were asked if the question was covered by the answer to another question. If the interviewer had doubt about the meaning of a statement,

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

the IP was asked the same to a deeper meaning of the statement. Besides questioning the interviewer's role was as referent of notes.

The interview was attempted to hold at around 45 minutes based on the assumption that when people are well prepared and have looked at the question guide, then, the vast majority of IP's, will be able to answer a question-theme within 5 minutes.

The interviewer had, during the interview, an active role in the production of statements from which questions were put to the statements to what was written down. This role was explained prior to the IP ("That during the interview there would be sought a consensus with the IP on what statements should be written down").

The IP's statements were written down in a keyword format preferably using the expressions, words and phrases from the IP. In some cases entire quotes were made if there was an agreement that the phrase was accurate and apt for the theme. Statements that were estimated by the interviewer to be entirely outside the theme were not written down (e.g. a reference to the weather that day). The interviewer was careful not to exclude analogy backhoe statements that readily read as 'non-theme', although that could relate to the theme.

### **Writing the notes draft and further coproduction**

Immediately after the interview a draft of the notes (typically 3-6 pages) were written using a PC. The notes, which now took the form of condensed meaningful statements, typically filled two A4 pages. All the IP's received the drafts written notes no later than two days after the interview and then had a two-week period to comment on the statements. The IP's were again told about the importance of corrections if the written statement was false, was unclear or needed to be deepened. There were some comments and minor corrections from about half of those interviewed. All IP's but two reported back with an approval of the statements. The vast majority reported back after a few days. Two IP's (one citizen and one social worker) did not report back and were told by the

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

interviewer, that their statements were considered accepted if they were not returned soon-as possible. At the start of the two purely written interviews, it is noted that in this way they are 'passively' approved.

### **Analysis**

The raw material amounted to 90 pages of condensed meaningful statements. Back was 'only' a pure text analysis. The analysis followed broadly the data analysis in grounded theory (see Strauss and Corbin 1998). The detailed analysis is described in Clausen, Stoltenberg & Skov (2008).

### **Results**

The results from the study are published elsewhere (Clausen et al, 2008). Here I will emphasize two main results that would not have been possible to gather if recordings had to be transcribed.

The first main result: Amongst the social workers we uncovered a widespread arbitrary interpretation of key legislation. This had major consequences for minority of citizens. The second main result: Work on the proceedings on cases with sickness leave was practically organized independently and without systematic knowledge sharing. Furthermore; a problem was that the proceedings get stuck in the social workers absence for any reason (due to holidays, meetings, sickness absence, maternity leave, courses, what ever).

Common to the two main results was the uncovering of a general arbitrary file processing, providing the citizen with an arbitrary result. This would not have been possible to uncover during very few interviews, because data that might have indicated something like this could (should!) be considered as potential measurement error or chance. Because doing transcribing audio recordings

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

would have limited the number of IP's to perhaps 10 in all including three subgroups, citizens and officials from the two municipalities. But with a total of 42 interviews, it was possible to tell about the distribution of certain issues. Furthermore the study benefited from the many IP's with the total breadth in statements with regard to what is listed for some particular issues. Paradoxically, the breadth can give the researcher a more open approach to the analysis, because the fewer interviews, behind, the fewer problems are uncovered. For this reason, the outcome of the "depth interview" can be a lack of understanding of the relationship between several issues.

### **Objections to The Individually Focused Interview**

I presented the first use of qualitative interviews without transcriptions of recordings in a working paper submitted for a conference in Aalborg, Denmark, in the autumn of 2005. Then I built my example of how I, in 2000, had interviewed a total of 37 IP's during two months in a change organizational work with many professionals in a hospital. Since the presentation of the working paper, I have had some comments and criticism, which I will elaborate in the following

### **What about reliability, validity and transparency?**

In my study about 90 pages of approved statements in condensed form represents the study's raw material. The IP's were thoroughly briefed on their right - and duty - to correct in the interview wordings of statements. This was done both verbally before and during the interviews and immediately after in writing. This ensures a high degree of reliability. Particularly in comparison with the standard procedures that take place when transcribing recordings, where IP's often are not given the opportunity to correct neither the statements or first interpretations. If they are, it is an important detail that the IP's will be less reluctant to control and correct their statements if the statements are written on two sides rather than 25 pages. The time factor is also significant as an IP will be less inclined to correct a text prepared on the basis of an interview for example a month ago,

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

than a text that is created on the basis of an interview a few days earlier.

Validity is ensured, not least, by the data collection breadth, which secures a multi-faceted description of problems in sickness cases.

Transparency has improved conditions with fewer pages of raw material. It is much easier to Get further in the steps in the analysis (categorizations and interpretations) and finally disseminate the parts of it if there is 'only' 90 pages of text. This is theoretically 'only' a question of time. However, to my experience, the time factor is crucial when it comes to the possibility to transcribe, analyse, disseminate and publicize qualitative data. I made a test of this doing the very same interview using both TIFI and recording and transcriptions. The first written version of the interview using TIFI resulted in two pages of condensed interview. The second version from transcription of audio recordings resulted in 25 pages – after 2 days of hard work doing transcriptions of audio recordings. In this way it was possible to see whether an analysis of the fully transcribed text gave rise to other interpretations than my shorter version. The short version of the answer to this question is “no”! The difference was that the two pages in comparison with the 25 pages made it much easier to handle the text and to reach the point of disseminating the text and by doing so ensuring more transparency.

### **Is it not just a journalistic approach?**

No. It might look so as far as the writing of notes (although most journalists today are using audio recording). But otherwise there is a significant difference, working with the scientific problem-style services and hypotheses (which are in principle only available response to the end) than working with journalistic 'angles' i.e. that only those statements that fit into a pre-selected angle (conclusion!) can be used. The Individually Focused Interview also differs from the journalistic method by placing particular emphasis on the IP's involvement in and approval of the raw material. Unlike some journalism, where quotes can be pulled out of any context not further

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

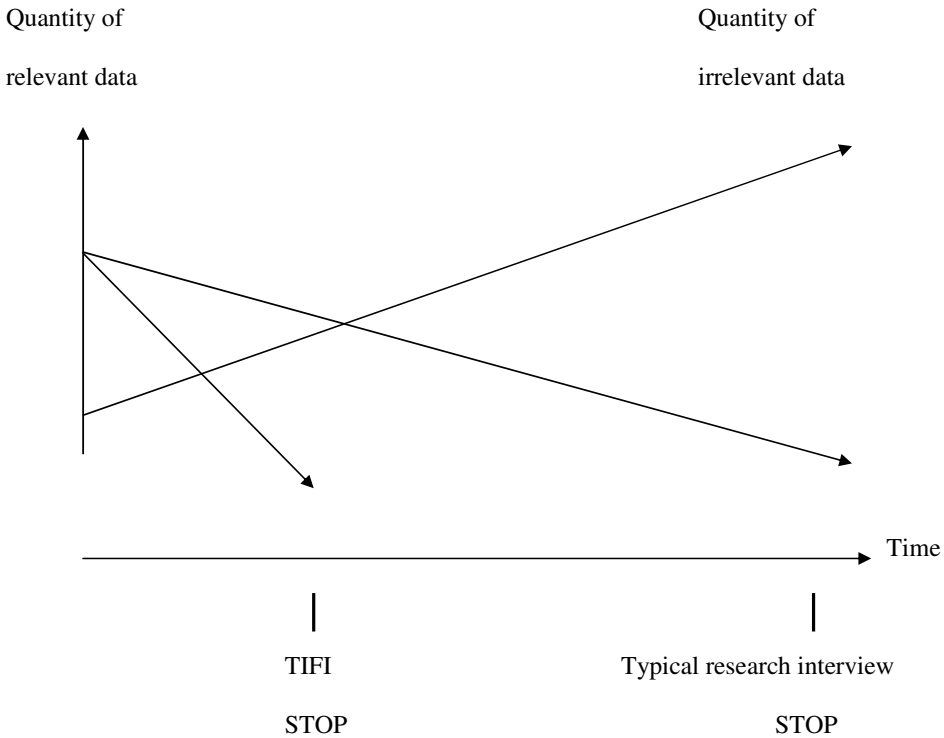
explained. My definitions of the differences between science and journalism is consistent with Silverman (2005, p. 349-350).

### **"You will not get 'in depth' in 45 minutes!"**

It is not an infrequent assumption among researchers that the more time an interview takes, the more the interviewer can get 'in depth'. And that an interview lasting only 45 minutes will only 'scratch the surface' and not identify real problems. This view rests on the premise that the longer an interview takes, the more honest, open and fulfilling answers the IP's will give. The paragraph applies probably in some cases where IP's struggle to express themselves or have a deep scepticism towards the interview situation, then it will take some time for the IP's to 'melt'. But in most cases where people are interviewed (especially if you are interviewing professionals about their work) and if the interviewer maintains focus on key issues with relevant open questions, it is hard to see why the IP should not be able to express its main statements on a sub-theme in less than five minutes. It is clear that the longer the time one uses on a sub-theme, the more the IP will tell, and in principle there will be more knowledge forwarded. But the question clearly is whether such detailed knowledge is always relevant for the research in question? I would argue that there is not necessarily more 'depth' in a dialogue because it is long. Indeed, the dialogue can become more unfocused compared to the problems. This can be illustrated as follows:

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

Figure 1 Relevance of data in The Individually Focused Interview and the typical research interview as a function of time



The figure merely illustrates my point, as there are no empirical measurements behind. The reason why there are two lines showing the quantity of relevant data over time is that I assume that both the interviewer and the IP, to some extent, adapt their statements and the dialogue to the announced time frame. Conversely it is my assumption that the amount of irrelevant statements rises independently of the interview form as fatigue and lack of concentration arise - on both sides! This may sound provocative, and it is probably applicable to any interview. However, to my

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

experience the assumption illustrated above applies 1) when professionals or other relatively 'strong' IP's are interviewed 2) If there is a well planned interview with focused themes and 3) if there is a thorough and repeated introduction to the interview.

Another aspect of 'depth' versus 'breadth' is the often implicit assumption that the 'in-depth interview' is superior to more quantitative approaches because it is more 'progressive'. This idea ("the qualitative progressivity myth") is convincingly uncovered by Steinar Kvale and Svend Brinkmann (Kvale, 2004; Brinkmann & Kvale, 2005). Overall, probably only approaches that cover enough in both breadth and depth have the potential to achieve overall understanding directories. Otherwise the acting choice of approach should be the research questions, in particular about what needs to be answered and whether the method can be communicated transparently. The value of new insights could prove to be very limited if the researcher is not able to describe how the allegedly exciting results have emerged.

### **"You will not get analytically in depth!"**

I have, as a starting point for analysis 90 pages of approved statements in condensed form, representing the study's raw material. I 'only' have material to make a plain text analysis, any description of gestures, pauses, situation-impressions and the like, are been peeled away. How can I be sure of getting the socially recognizable understandings and perspectives of the IP? How can I be able to understand if the IP has another understanding of the word than I? My answer is that TIFI does not neglect the importance of situations, the contextual, prejudices or power. The talented interviewer must embed his impressions of the situation, context and power relations in the practical interview craftsmanship. The task is to contextualize and personalize the handling of the interview rather than to do the same in the analysis. The task is not made easier trying to take account of the same things going through extensive written material, whether applied in several hundreds of pages of raw material or in special notes; for example, an observer notes how the IP apparently feels in the



## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

situation etc. Because if the interviewer and interpreter (usually the same person) during the interview is able to take the best account of the IP's mode, gestures, perceived comfort or discomfort etc. then it can not be repaired subsequently.

### **Reliability, validity and transparency with or without audio transcriptions**

In the above I have from a practical example argued how TIFI can be a good way to perform the qualitative research interview and doing so without audio transcriptions. The latter is not common practise. On the contrary, to my experience, audio transcriptions are often seen as a gold standard that will always improve the interview and subsequently the quality of the analysis. However, taking methodological considerations and looking at the perspective of the hermeneutics, it's not that clear that audio transcriptions always ensures the best research quality.

In any science reliability, validity and transparency are key words, or even measurements, of methodological quality. Looking at these three key words, in the following I argue that the typical research interview with audio transcriptions is not any better than without it. Hence the question I seek answers to, partly from method literature and partly from the philosophy of hermeneutics, is whether the transcription of audio recordings is necessary to achieve the best possible reliability, validity and transparency?

### **Methodological problems in the qualitative research**

In international literature of qualitative research methods, the most comprehensive and thorough quality criteria are recommendations of transparent and motivated methodological procedures. No matter the approach it is recommended that key methodological choices are made explicit. Although different approaches vary in how well methodological dispositions can be clarified (it might be difficult with a narrative approach), the researcher should at least try to justify and motivate the reader its methodological choices (Olsen, 2002).

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

In a study of the quality of Danish qualitative interview studies Henning Olsen concludes:

Many studies seem more based on common sense rather, than transparent methodology logical reflections. And decisions based on the recommendations in qualitative methodology literature about qualitative research processes and ensuring of analytical quality. The consequence is that researchers and other users of qualitative analysis are assigned limited - sometimes almost no - opportunities to 'look over the researcher's shoulder' from the initial subject during the development of data to the final analysis. Among the most prominent problems is the absence of strategic analysis and transparency of criteria for the control or 'validation' of analyzing the results (Olsen 2002, p. 85 [My translation]).

Olsen concludes that the investigated Danish qualitative interview studies have an overall lack of transparency and lack of opportunity to validate the studies. The question then is whether the studies that Olsen reviewed are representative of Danish qualitative studies? In his investigation Olsen has carefully explained the selection criteria of the studies included in his review, and there is apparently nothing supporting that the selected studies represent an especially skewed group of non-transparent qualitative interview studies.

Peter Dahler-Larsen sees it as a possible intrinsic problem in qualitative studies, that many method books have a purely normative approach, which in many studies leads to simple reproduction in the description of method, without being thoroughly investigated, included the considerations and problems that were associated with them. Dahler-Larsen believes that a stronger focus on methodological rules for the production of data will significantly improve many qualitative studies in their entirety (Dahler-Larsen 2003, p. 19-22). Dahler-Larsen writes about his experience

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

with student activities. The inherent and fundamental problem between a normative approach to learn and practice in the qualitative approach is also present in researchers' studies.

The question then is why there is such a widespread problem of lack of transparency? Is it 'just' a matter of researchers who should be better at using the methodological rules or is there also another major reason why it is difficult to convey methodical transparency? In the following I shall focus on a methodological feature of qualitative research interviews, which I believe constitute an autonomous reason to non transparent methodological conveyance. I look at the significance of transcriptions to validity and the ability to convey a transparent investigation. I question that transcriptions are needed to meet normal scientific standards.

### **What are reliability, validity and transparency?**

Reliability is about whether the data is due to measurement error, and when repeated measurements under the same circumstances could regain the same measurement results.

Validity is about the overall study quality or credibility in relation to drawing firm conclusions on the study issue. Validity can be defined in many ways, such as immediate validity (face validity), content validity and criterion validity. Other ways to consider the validity is a breakdown into conceptual validity, conclusion validity, internal validity and external validity. Sometimes used the concepts validity and reliability are used almost synonymously. It is difficult to make a simple summary of the concept of validity.

Transparency is about the researcher's design of the study, description of the implementation of the method and analysis in a way so that the researcher can be 'looked over his shoulder'.

Reliability, validity and transparency are inextricably linked. Only if an investigation is transparently designed, implemented and analysed, it is possible to tell about the study's reliability

and validity.

### **Transcription criteria**

Qualitative methodology literature shows a variation in transcription criteria and various methods of weighting of the importance of transcriptions. The differences are seen in the various transcription conventions, i.e. rules of how the sound recordings are reproduced in the form (style), e.g. how and to what extent “em’s”, pauses etc. are printed. In Silverman (ed, 2004), there is attached a set of transcription conventions with a reference to conversation analysis. Looking at Psathas (1995), there is attached a set of “transcription symbols” which are significantly different from Silvermans conventions. Silverman (2005, p.166-167) shows a somewhat different convention than Silverman helps to tell about in 2004, with the emphasis on reproducing accurate breaks measured in tenths of seconds.

In Danish qualitative research practice, there is no certainty in the criteria used. From the aforementioned survey by Olsen: “Only one researcher reflects on the loss of meaning stemming from the recording of the live voice to paper... More important, none of the researchers sets fairly good transcription criteria. Noncommittal terms such as 'literally print ', 'print of the full text' etc. are used... or the issue is by-passed in silence”. (Olsen 2002, p. 81, [My translation]).

So there is a variety of ways to transcribe, from laissez-faire practices of self-invented rules and logic with the associated ‘rule’ to write words ‘literally’ down, to advanced conversational analytic rules when all audio and pauses are written in form of letters, special characters and symbols.

**Is there a hermeneutic reason for transcription of audio recordings?**

All forms of conversation analysis have their theoretical basis in philosophical hermeneutics. From the founder of the modern hermeneutics, Hans Georg Gadamer is known at least two mandatory requirements or tasks for researchers who want to understand and interpret dialectical statements. 1) To explain the situation or context meaning when statements are being interpreted. 2) To explain one's own prejudices (Gadamer, 1960; Henriksen, 2003). Furthermore, an extra mandatory requirement or task for researchers is added by Jürgen Habermas who in his hermeneutic sociological approach argues that researchers should also involve political and economic power (Henriksen 2003, p. 54-55).

Each one of these tasks is difficult and comprehensive to meet in practice, perhaps especially because they are both unlimited and diffuse. Above all, the philosophical hermeneutics does not deal with social science methodology issues. Hans-Georg Gadamer wrote in his principal work "Truth and Method" that the hermeneutical mission "... is not to develop a method of understanding, but rather to clarify the conditions under which understanding takes place" (Gadamer, 1960 p. 281, [My translation]). Thus Gadamer does not argue for the use of certain techniques, but rather that the researcher's understanding, interpretation and application of the statements must be on base of the hermeneutics circle. The hermeneutics is thus comprehensive, philosophical, and is not specific to how and if transcription of audio recordings is required. But perhaps the way literature says something about it?

**Has methodology literature a reason for transcription of audio recordings?**

In method literature there are few lines of argument of why it is necessary to transcribe recordings. It is taken for granted that it is reasonable. This is e.g. seen in several chapters by different authors in Denzin and Lincoln's "Collecting and Interpreting Qualitative Materials" (eds.

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

Denzin & Lincoln 2003). Hence, transcription of audio recordings in the qualitative research interview can be called a methodological paradigm (according to Kuhn, 1970).

The argumentation for transcriptions of recording which actually is to found in method literature is that the transcription is a raw material which is important to reliability and thus, indirectly also important to the validity and transparency: "In conversation analytic research, recordings and transcriptions are the 'raw material' comparable to ethnographers' field notes. Accordingly, the quality of recordings and transcriptions has important implications for the reliability of conversation analytic research". Peräkylä, 2004, p. 285). But the question is rather: Is it not good documentation and internal analytical context as such that has implications for reliability and validity, and not in it self, the choice of recording and transcriptions? And why does Peräkylä readily accept that ethnographic field notes apparently are good evidence, while the social researcher should use audio recordings and transcriptions? A tender for a response may be that the ethnographic understanding is that the researcher and the people involved in an ethnographic study are in a "living dialogue" in cultural encounters, where the researcher himself is a co-producer of data. This is unlike social science research interviews where the researcher more or less is trying to compensate for contextual meanings, prejudices etc. Thus the social researcher implicitly has a starting point as the exogenous researcher, which seeks to gather data in a manner without mutual impacts. Overall, in the method literature, it is difficult to see a convincing argument of why the sound recording and transcriptions are required.

### **Disadvantages of the transcription of audio recordings**

An immediate disadvantage of transcribing recording is the use of time. Following the recommendations of the methodological literature (e.g. Psathas, 1995; Silverman, 2005) transcriptions is not just a simple writing down of the spoken word, but they need to follow certain

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

conventions, with more or less sophisticated use of symbols and signs of any sound or break. This may even be supplemented by the interviewer's (or an observer's) notes on the interview situation.

A one hour interview typically turns into 20-30 printed pages. Thus, only one interview, for the unskilled secretary, can take several days to transcribe. Even if a trained secretary is able to do it faster, time will be spent validating the transcript through multiple listening of the recording. The total time used at least has the following consequences:

1) The number of IP's in qualitative research interviews, is often restricted typically to 5-10 people. Not only due to the time used to transcribe, but also the following handling time of the many pages.

2) There is a risk that the researcher "suffers the data death" because the researcher ends up with (too) many pages and finds it difficult to gather up the raw data. Kvale calls this "The 1.000 page question" (Kvale, 1997, p. 176), while others "simply" warn researchers not to "drown" in the data (Silverman, 2005, p. 349).

3) There is a relatively long time from completion of the interview to when the analysis is complete. No matter how well the transcription is done, and no matter the supplement of progress reports and observations of the interview situation etc. People tend to forget more and more over time - it tends to be purely text analysis. For a number of years there have been computer applications supporting editing, categorization and other advanced text analysis. At the same time applications to do speech recognition is on the way. The latter would, in principle, render the transcription process redundant. Whether overall there will be fewer hours handling the many pages, however, is an open question, because the fundamental problems that were previously linked to the transcription, may well prove to move over to the work of with technical management and the editing of many pages. Denzin & Lincoln (2003, p. 54-55) mention a variety of critical objections to the use of computer applications.

4) The pass on of the validity and transparency wind down. The interview in itself

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

constitutes a dialogical learning process for the researcher who underway will correct its methodology and its questions. Therefore, a transparent pass on will also answer the question “What did I do” and not just answer a prior “What will I do?” As transcription of audio recordings even of just 5-10 interviews takes quite a long time, and as essential parts of the passing on of the methods will always be the end of the research process, the essential parts of this will always be in danger of getting outside the deadline.

5) The IP is often unable to correct his statements or weigh his words differently. Although the IP gets a transcription in paper, the paper is not handed over the day after the interview, typically not until some weeks. The time past since the interview in itself has implications for possible changes; firstly, the IP remembers less after some weeks and will therefore tend to correct less or incorrectly. Secondly, if changes or corrections are suggested by the IP – after even more additional respond time – it can be “annoying” for the researcher, which, of course, in the mean time has tried to live up to gold standards by starting the analysis – pinpointing the interim conclusions – before the transcription process is over. Hence, the actual possibility for changes and corrections are low. In fact, in the standard research process using transcriptions, it would be very annoying and delaying to the whole process if many changes and corrections were suggested by all the IP’s. Therefore, in the standard interviewing research process with transcriptions, it can be a necessity not to give priority to the IP’s corrections and suggestions to changes. It affects both reliability and validity when most of the IP’s in this way are not involved in the understanding and approving of the words spoken.

Steinar Kvale does not see a low number of IP’s as a problem. He asks: "How many interviewees do I need?" And corresponds very simple: "Interview as many people as necessary to find out what you need to know." Subsequently Kvale argues that a small number of IP’s, in some cases only one person, can constitute a good basis of significant knowledge (Kvale, 1997, p. 108-109, [My translation]). Significant knowledge and representativeness in itself is fine, but it is not the



## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

only rationale for the number of IP's. The number should be strongly linked to the need for breadth of statements and whether interpretations are of social or psychological mechanisms at the individual level (which in principle could apply to any person brought in a similar situation) or whether the researcher will predict some explanations related to social patterns, (e.g. can predict trends and explain social dynamics / phenomena or behaviour, perhaps, group behaviour in certain situations). In other words, if the results are analysed within a psychological / social-psychological perspective or within a sociological perspective. Selecting the first perspective in most cases few IP's are needed, but given the second perspective, in most cases more IP's are needed.

Another reason why few IP's may be critical is the greater risk of interpretation error stemming from measurement error. Besides directly lying responses, the respondent may have forgotten or misunderstood important details about the issue in question. Furthermore there might be more influence from prestige-bias, e.g. the IP corresponds socially desirable rather than being honest (Kruse, 1996, p. 127). A larger number of IP's will not in itself guarantee against measurement errors but the impact of these will be limited unless the same error is systematic.

### **Can transcription of audio recordings be omitted?**

The whole process of transcription takes much time. Time that could be used in other parts of the interview stages of the study, and which may cause the investigation to be lacking both transparency and breadth. In addition, there may be problems with the validity and the reliability in the form of lack of involvement of IP's in ensuring statements. This point is strongly supported by Eikeland (2006) who argues that validity is also a question of dialogue and getting into the field.

When there are so much not only practical, but also methodological problems associated with the transcription process, can we drop this completely in the qualitative research interview? Going back to the philosophical hermeneutics, transcription of audio recordings is not a direct requirement. Lars Bo Henriksen summarizes and concludes on the overall approach the researcher

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

should have when using the philosophical hermeneutics: "You must abandon the idea of studying people like objects, and instead recognize them as fellows who can teach you something and who themselves can learn from the research process. As an impact of this, the people who engage in the social contexts the study is about must be involved. Through dialogue with these actors, it is possible to correct the data, highlight perspectives etc, which would not otherwise be available. By engaging in dialogue with the actors rather than known loosely to interview them, it is also possible to ensure their acceptance of different perspectives." (Henriksen, 2003, p. 64 [My translation])

One consequence of Henriksen's point of view is that the researcher should emphasize the involvement of the IP's in validation of their own views. This can be done during the interview and then by showing the IP an audio transcript. However, the question then is to which the degree an IP is able to amend to or correct a tape transcript. Kvale mentions an example where he has presented a tape transcript to an IP, who was allowed to correct quotes. Kvale writes: "I was at that time not very aware of the different rules that apply to speech and written language, and thought that a verbatim transcript of the interviews was the most fair and objective transcription. But I respected his request and changed his quotes to the correct written form, which also made them easier to read." (Kvale, 1997, p. 167, [My translation]). Kvale writes that when his IP had the opportunity to amend his quotes, the text was made easier to read. This speaks for the involvement of the IP in an additional validation of the transcript, just like the point in the above quoted by Henriksen. But whether and to what extent this should be done will depend on the type of transcription needed. Kvale calls for the researcher to ask themselves the question: "What transcription is suitable for my research purposes?" And Kvale answers: "Verbatim descriptions are necessary in the context of linguistic analysis, the inclusion of pauses, repetition and tone is relevant to psychological interpretations of, for example the level of anxiety or the significance of denial. When you convert the conversation to literary style, it becomes easier to pass on meaning of the interviewee's stories to the readers". (Kvale, 1997, p. 166, [My translation])

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

According to Kvale, language researchers and psychologists are the immediate users of the transcription of audio recordings. Researchers with a more sociological perspective are not mentioned. Kvale sees it thus as an advantage for the understanding if the conversation is transformed into “literary style”, which is different from the usual transcript. Unless Kvale argues for first making full transcriptions and then reformulation of all transcriptions into ‘literary style’. But then the question is: Would it not, for more sociologically oriented researchers, be more adequate to refrain from transcription of audio recordings and go directly to the “literary style”?

### **Conclusion**

In this article I have endeavoured to present The Individually Focused Interview as an alternative to the widely used qualitative research interview, where the transcription of audio recording is a practical gold standard. The Individually Focused Interview uses co-production of notes rather than transcription of audio recordings. This may, under certain conditions, enhance the reliability, validity and transparency. The most important of these conditions relate to: The group in study: When the investigated group is heterogeneous and must have sufficient breadth of the statements in the data collection. Introduction of the interviewees: A thorough introduction of the IP's and their roles, especially in the co-producing and approval of their statements that form the basis for the subsequent analysis. The study purpose: When the tendency of the occurrence of certain issues is important, and when one needs to collect statements from several groups on the same issue to describe a width of nuances within the main problem. The study's methodological perspective: Once the investigation has a sociological perspective in the understanding that the researcher seeks to find the immediate discourses that are attached to the main issue and seeks to predict trends and explain the social dynamics.

### **References**

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 157-181.
- Clausen, A.S., Stoltenberg C., & Skov S. (2008). *Evaluering af Arbejdsfastholdelse, et samarbejdsprojekt over for sygedagpengemodtagere i Greve, Gundsø, Solrød og Køge kommuner*. Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus.
- Dahler-Larsen, P.(2003). *At fremstille kvalitative data*. Syddansk Universitetsforlag.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (eds) (2003). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage Publications.
- Eikeland, O. (2006). Validity of Action Research and Validity in Action Research. In Aagaard Nielsen K. & Svensson S. (eds.). *Action Research and Interactive Research. Beyond practice and theory*.
- Gadamer, H.G. (1960). *Sandhed og metode*.
- Henriksen, L.B. (2003). *Kvalitet i kvalitativ samfundsvidenskab. En historie om filosofisk hermeneutik og kvalitative metoder i samfundsvidenskaberne*. Aalborg Universitetsforlag.
- Janesick, V.J. (2003). The Choreography of Qualitative Research Design. *Denzin, Norman & Yvonna s. Lincoln (eds). Strategies of Qualitative Inquiry*. Sage Publications.
- Kruse, E. (1996). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*. Dansk psykologisk forlag.
- Kuhn, T.S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions. 2. udgave*. The University of Chicago Press.
- Kvale S. (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag.
- Merton, R.K. (1946). The Focused Interview and Focus Groups: Continuities and Discontinuities. *Public Opinion Quarterly*, volume 51, page 550.
- Merton R. K, Fiske M., & Kendall P.L. (1956, 1990). *The focused interview. A*

## THE INDIVIDUALLY FOCUSED INTERVIEW WITHOUT TRANSCRIPTIONS

*manual of problems and procedures*. Free Pr.

Merton, R. K. (1965). *On the Shoulders of Giants*. The University of Chicago Press

Olsen, H. (2002). *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademisk Forlag

Pedersen, I. K. (2003). Fra Mertons fokuserede interview til evalueringers fokusgrupper. *I porten. Nyhedsbrev på sociologisk institut, årgang 1 nummer 1*. KU.

Peräkylä, A. (2004). Reliability and validity in research bases on naturally occurring social interaction. *Silverman (2004: 283-304)*.

Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. London. Routledge and Kegan Paul.

Psathas, G. (1995). *Conversation analysis. The study of Talk-in-Interaction*. Sage Publications.

Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research. Second edition*. Sage Publications.

Silverman, D. (ed. 2004). *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Sage Publications.

Strauss, A., & Corbin J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded theory*. Sage Publications.

Tashakkori, A., & Teddlie C. (1998). Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches. *Applied Social Research Methods Series Volume 46*. Sage Publications.

Tellis, W. (1997, July). Introduction to case study [68 paragraphs]. *The Qualitative Report* [On-line serial], 3(2). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>

Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods (2nd ed.)*. Beverly Hills, CA: Sage Publishing.



# Bilag





## **Fuldstændig projektbeskrivelse / Projektprotokol**

Arbejdsfastholdelse – en kontrolleret interventionsundersøgelse  
af sygedagpengemodtagere og erhvervstruede  
i Gundsø, Greve, Solrød og Køge kommuner

("Projekt Arbejdsfastholdelse").

Denne projektbeskrivelse danner skriftlig ramme og grundlag for arbejdet med "Projekt Arbejdsfastholdelse" og indeholder en beskrivelse af alle projektets elementer og aktiviteter, herunder en forskningsplan, samt en tids- og produktionsplan.

Projektbeskrivelsen opdateres, hvis der er mindre justeringer af projektet, hvis noget kan uddybes (i takt med at erfaringsgrundlaget vokser), samt med konsekvensrettelser. Opdateringerne ændrer ikke ved projektets formål, aktiviteter og forskningsplan som beskrevet i tidligere udgaver af projektbeskrivelsen.

Status for projektet kan ses i årsrapporter.

## **1. Baggrund og status over foreliggende viden**

Sygefravær på arbejdsmarkedet er et betydeligt samfundsmæssigt problem. Sygefraværet i Danmark er beregnet til gennemsnitlig at svare til 150.000 helårspersoner (Dansk Arbejdsgiverforening, 2002).

I en undersøgelse af sygedagpengesager med mindst ni ugers varighed var baggrunden en sygdom i bevægeapparatet (43%), psykisk sygdom (19%) og anden sygdom, fx blodprop eller hjerteproblemer (33%), (Filges et al., 2003). Kvalitative undersøgelser tyder på, at tidlig visitation af sygedagpengesager er vigtig for at udskille dem, der har behov for tidlig opfølgning (Boll et al., 2003).

Langvarigt sygefravær er associeret til udstødning fra arbejdsmarkedet. En undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet viste, at 40% af dem, der var sygemeldte i 13 uger eller mere, var tilkendt førtidspension fem år efter sygemelding (Nord Larsen, 1991). I 2000 blev 29% førtidspensionerede, hvis de havde et sygefravær på mere end et år (Dansk Arbejdsgiverforening, 2002). I 2001 endte 15% af sager med sygefravær på 40-54 uger med førtidspension; ved sygefravær på 55-59 uger endte 25% med førtidspension (Beskæftigelsesministeriet, 2003).

Allerede i 1991 pegede et litteraturstudium på nødvendigheden af kontrollerede undersøgelser (Nielsen, 1991), og der er de sidste ti år udført flere undersøgelser af effekten af revalidering, forstået som forsøg på at forebygge førtidig udstødning fra arbejdsmarkedet.

I randomiserede interventionsundersøgelser af patienter med bevægeapparatssygdomme er der påvist en signifikant effekt på arbejdsmarkedstilknytning af tværfaglige revalideringsforsøg (Lindh et al., 1992) og af tidlig mobilisering, råd og vejledning (Donceel et al., 1999) og af information om sygdom og arbejdsmæssige forhold (Indahl et al., 1995).

I kontrollerede, ikke-randomiserede undersøgelser af patienter med bevægeapparatssygdomme er der fundet en signifikant effekt af intervention i form af tværfaglig speciallægeindsats med henblik på revalidering, der medførte et reduceret antal af sygedage ét og tre år senere (Ejlertsson et al., 1997) og en større arbejdsmarkedstilknytning to og fire år efter (Nordström-Bjöverud et al 1998).

Derimod var der ingen effekt af fysioterapi, information, uddannelse og ændring af arbejdsmiljø hos en gruppe patienter med nakke/skulderys sygdom målt på sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning to år efter (Björkqvist et al., 1992).

I nylige danske undersøgelser er der i et randomiseret design fundet effekt af socialmedicinsk intervention over for patienter med bevægeapparatssygdomme i form af større tilknytning til arbejdsmarkedet to år efter (Eshøj, 2001a). I to case-kontrol-undersøgelser fandtes, at erhvervsaktive med belastende arbejde, beskeden skolegang, arbejdsløshed og rygsmærter havde større risiko for langvarigt sygefravær, og at alder og beskeden uddannelse optræder som prædiktorer for førtidspension hos langvarigt sygemeldte (Eshøj, 2001b, Eshøj 2002).

I en analyse af langvarigt sygefravær (Høgelund et al. 2003) konkluderes det, at der er et potentiale i en tidlig opfølgning og i at fremme tilpasninger af sygemeldtes arbejdsforhold. De stiller spørgsmålet: Hvordan identificeres sager, hvor det vil være gavnligt at følge tidligt op?

Projekt ”I gang igen” (Rasmussen et al. 2004), som var et kontrolleret, ikke randomiseret interventionsprojekt overfor sygedagpengemodtagere, fandtes ikke en højere grad af arbejdsfastholdelse efter intervention. Inklusionen til intervention var selvvrurderet prognose målt på fraværslængde og muligheden for at vende tilbage til arbejde. Interventionen bestod af en samfundsmedicinsk samtale / undersøgelse og en socialrådgivers opfølgning ved en eller flere samtaler. Fundne prædiktorer for ikke at blive arbejdsfastholdt var køn, dårlig selvvrurderet prognose, arbejdsløshed inden fravær, tidligere sygefraværperioder inden for et år, rygning, samt BMI > 30. Fundne prædiktorer for sygefravær > 26 uger var diagnoserne kræft, psykiske lidelser og bevægeapparatlidelser.

Til brug for fremtidigt arbejde og udvikling med sygedagpengeområdet anbefaler Rasmussen et al. (2004), at kommunerne anvender den sygemeldtes egen vurdering af sygefraværslængde som screeningsredskab, og at kommunerne anvender en grundjournal / oplysningsark, som baggrund for en mere differentieret indsats og til at udarbejde relevant statistisk materiale.

Ud fra den foreliggende viden kan følgende uddrages:

- Langvarig sygemelding medfører en betydelig risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet.
- Sygdomsårsagerne er mange, men med overvægt af bevægeapparatlidelser og psykisk sygdom.
- Hidtidige interventionsstudier har overvejende anvendt diagnose som inklusion.
- Tværfaglige og tidlige indsatser indikeres at have bedst effekt.
- Der er behov for en bedre registrering i kommunerne med henblik på både screening og statistik.

## 2. Hvordan dette projekt adskiller sig fra foreliggende undersøgelser

-Inklusion til intervention sker ved en fælles visitation fra kommunen og Arbejdsmedicinsk afdeling. Der er ikke begrænsninger i, hvilke diagnoser, der kan indgå, idet enhver opfølgningssag i kommunen kan indgå. I projektet afprøves således en tværsektoriel metode til identifikation af sager, hvor det vil være gavnligt at følge tidligt op.

-Vi vil i samarbejde med kommunerne udvikle og forbedre den grundlæggende registrering af sygedagpengesager med henblik på såvel dataindsamlingen i projektet som til kommunernes statistiske brug. Desuden kan den forbedrede registrering bruges som baggrund for en mere differentieret indsats i fremtiden.

-Både den fælles visitation og udviklingen i registreringen af sygedagpengesager er afprøvning af nye samarbejdsformer, som kan medføre kvalitative forbedringer angående arbejdsgange, tænke-måder og vaner hos alle parter.

-Vi forventer at kunne identificere prognostiske faktorer i folks arbejdsliv, der har betydning for langvarigt sygefravær og udstødning, herunder såvel fysiske som psykiske arbejdsmæssige krav. Eksempelvis hvilke faktorer, der har betydning for om borgere med bevægeapparatproblemer kan bestride et givent arbejde eller ej. Desuden vil vi fokusere mere på køns- og fagmæssige aspekter af årsagerne til langvarigt sygefravær og udstødning.

### 3. Formål

Hovedformålet med projektet er at vurdere om en tidlig fælles forebyggende indsats fra kommuner og Arbejdsmedicinsk afdeling overfor langvarigt sygemeldte og erhvervstruede kan reducere sygeperiodens længde og mindske udstødningen fra arbejdsmarkedet.

Det er velkendt, at langvarig sygemelding øger risikoen for at den sygemeldte udstødes fra arbejdsmarkedet. Det er vores hypotese, at hvis det er muligt på et tidligt tidspunkt at identificere dem, der er på vej ud i en længerevarende sygemelding, og hvis det er muligt at understøtte en tidligere afklaring af den sygemeldtes situation, så kan sygeperioden og udstødningen fra arbejdsmarkedet mindskes.

Såvel private som offentlige arbejdsgivere sender i forbindelse med sygdom over to uger anmodning om dagpengerefusion til kommunerne. I kommunernes dagpengekontorer har man således på et tidligt tidspunkt kendskab til en "bruttogruppe" af langvarigt sygemeldte, hvoriblandt nogle vil være i fare for meget langvarig sygemelding og senere udstødning fra arbejdsmarkedet. Man kan identificere borgere, der er i fare for udstødning fra arbejdsmarkedet, som en delmængde af de borgere, hvis sager optræder i kommunernes dagpengekontorer.

Arbejdsmedicinsk afdeling vil med udgangspunkt i en social- og arbejdsmedicinsk undersøgelse af borgeren understøtte kommunens socialfaglige afklaring af borgerens fremtidige erhvervsituation, herunder især afklaring af, hvilke typer arbejde den enkelte kan bestride på trods af en eller flere givne sygdomme.

Afprøvningen af det tværsektorielle samarbejde mellem kommunerne og Arbejdsmedicinsk afdeling er et formål i sig selv, der forventes at kaste afledte resultater af sig. De indhøstede erfaringer og udviklede metoder vil blive offentliggjort med henblik på samarbejdsformens eventuelle udbredelse.

Projektets delmål og forventede effekter er:

- 1) At foretage en tidlig intervention over for sygedagpengemodtagere og erhvervstruede med henblik på arbejdsfastholdelse. Vi undersøger om interventionen resulterer i:
  - Mindskelse af den gennemsnitlige sygeperiodes længde.
  - Mindskelse af antallet af meget langvarigt sygemeldte.
  - Færre udstødte fra arbejdsmarkedet.
  - Færre på offentlig forsørgelse.
- 2) At afdække væsentlige sociale, medicinske, arbejdsmiljømæssige og arbejdsmarkedspolitiske årsager til langvarig sygemelding og efterfølgende udstødning fra arbejdsmarkedet.
- 3) At udvikle samarbejdsmetoder som kan forankres i kommunerne og i den primære sundhedssektor. Vi vil komme med forslag om metoder og forslag til bedre fremtidigt samarbejde.

## **4. Forskningsplan**

### **4.1 Design**

Projektet er en kontrolleret, ikke-randomiseret interventionsundersøgelse. Ved tilrettelæggelsen af projektdesignet var det oprindeligt planlagt at randomisere projektet. De deltagende kommuner kunne af forvaltningsmæssige og praktiske årsager dog ikke gå med til dette (se også afsnit 4.4.5 Metodiske overvejelser).

### **4.2. Materialet**

Undersøgelsen foregår i fire forsøgskommuner, Greve, Gundsø, Solrød og Køge, samt i to kontrolkommuner, Roskilde og Skovbo.

Materialet udgøres af borgere, der pr. 1. januar 2003 og de følgende to år har en aktuel sag i en af de deltagende kommuners "opfølgingsgruppe". Der er tale om borgere, der enten har været sygemeldte i mindst to uger eller som af anden grund af kommunen vurderes at kunne være erhvervstruede og dermed have en risiko for at blive udstødt fra arbejdsmarkedet. Opfølgning er iværksat, når borgeren har været til samtale i kommunen. Kommunen er lovmæssigt forpligtet til at lave opfølgning senest 8 uger efter sygemeldingsdatoen. Materialet forventes over to år at udgøre i alt 5.000 personer.

Kriteriet for intervention er en uklar diagnose og/eller en usikker erhvervsprognose.

Ved en *uklar diagnose* forstås, at lægen på sygemeldingen har anvendt en uklart formuleret diagnose, fx "ondt i ryggen" eller "depression", eller at andre tentative diagnoser ikke er fulgt op af diagnostiske undersøgelser, fx billeddiagnostiske, klinisk biokemiske eller speciallægeundersøgelser.

Ved en *usikker erhvervsprognose* forstås, at personens sygdom har gjort hans/hendes arbejdsmarkedstilknytning usikker, og at det derfor med de foreliggende oplysninger er usikkert, om personen kan fortsætte i aktuelle erhverv eller fx skal skifte til et andet arbejde eller revalideres.

Alder over 59 år ved visitationstidspunktet er eksklusionskriterium. Endvidere ekskluderes borgere, der ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet på visitationstidspunktet (fx på kontanthjælp eller på anden form for passiv forsørgelse).

Interventionsgruppen forventes at udgøre 300 personer over to år fra de fire forsøgskommuner.

Materialet består således af tre grupper:

#### **1) Interventionsgruppen**

Gruppen er udvalgt efter de ovennævnte visitationskriterier i socialforvaltningernes opfølgingsgrupper i de fire forsøgskommuner og har gennemgået en arbejdsmedicinsk undersøgelse og eventuel opfølgning. Herudover modtager borgere i gruppen den sædvanlige sagsbehandling i den pågældende socialforvaltnings opfølgingsgruppe.

## 2) Gruppen af øvrige borgere i forsøgskommunernes opfølgingsgrupper

Denne gruppe behandles efter de sædvanlige retningslinier i den pågældende socialforvaltnings opfølgingsgruppe, fx med henvisning til speciallægeundersøgelser, stillingtagen til sociale foranstaltninger (revalidering, fleksjob, videreuddannelse m.m.) eller afslutning af sagen.

## 3) Gruppen af borgere i kontrolkommunernes opfølgingsgrupper

Denne gruppe behandles efter de sædvanlige retningslinier i den pågældende socialforvaltnings opfølgingsgruppe, fx med henvisning til speciallægeundersøgelser, stillingtagen til sociale foranstaltninger (revalidering, fleksjob, videreuddannelse m.m.) eller afslutning af sagen.

Det samlede materiale kan illustreres på følgende måde:

**Figur 1. Materialet**

Dataindsamling	Forsøgskommuner	Antal/år	Kontrolkommuner	Antal/år
	Alle sygemeldte, hvor kommunen anmodes om sygedagpengerefusion, samt erhvervsruede, der selv henvender sig.	15.000	Alle sygemeldte, hvor kommunen anmodes om sygedagpengerefusion, samt erhvervsruede, der selv henvender sig.	5.500
	(Kommunens 1. sortering af sager*)		(Kommunens 1. sortering af sager*)	
Registrering af statusoplysninger om sagerne i kommunernes opfølgingsgrupper. 1 år efter: Spørgeskemaundersøgelse om erhvervsstatus mv.	Sager med sygemeldte og erhvervsruede, som kommunen følger op på.	1.800	Sager med sygemeldte og erhvervsruede, som kommunen følger op på.	700
	(Visitationsmøder)			
Do.	Sygemeldte og erhvervsruede, der kommer til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling <b>(Interventionsgruppen)</b>	150	<i>Sygemeldte og erhvervsruede, der matcher dem, der kommer til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling</i> <b>(Kontrolgruppen)</b>	55

\* I skønsmæssigt mellem 50 og 80% af alle indkomne sager, hvor en arbejdsgiver anmoder om sygedagpengerefusion fra kommunen, afsluttes sagen før en opfølgningssamtale i kommunen kan nå at blive aktuel eller kommunen vælger ikke at følge op, fordi det er irrelevant.

Det skyldes for det første, at mange sygemeldinger er meget kortvarige ud over de to uger, og for det andet, at arbejdsgivere i nogle tilfælde først anmoder om refusion, når en ansat har været sygemeldt i månedsvis og dernæst er raskmeldt. Desuden foretager kommunerne individuelle vurderinger og sorteringer af de enkelte sager, så ikke alle borgere kommer til opfølgning. Kommunernes de facto eksklusionskriterium for opfølgning er en fuldstændig afklaret diagnose og sikker tidsplan for det ordinære arbejdes genoptagelse (fx en borger med et brækket ben eller en influenza, hvor borgeren i øvrigt ikke har en "historie" i sygedagpengesystemet).

## 4.3. Metoder

### 4.3.1 Intervention

Interventionen består af følgende tre dele:

#### 1) Visitation i forsøgskommunerne

Borgerne visiteres til arbejdsmedicinsk undersøgelse efter de ovenfor beskrevne kriterier ved visitationsmøder hver 14. dag i hver af de fire forsøgskommuner med deltagelse af en læge fra Arbejdsmedicinsk afdeling og sagsbehandlerne i opfølgingsgruppen i den pågældende kommune. Ved mødet gennemgås alle nytilkomne sager i opfølgingsgruppen i den forløbne 14 dages periode. Borgere, der opfylder visitationskriterierne, indkaldes til en arbejdsmedicinsk undersøgelse, som finder sted senest fire uger efter visitationsmødet.

#### 2) Den arbejdsmedicinske undersøgelse

Formålet med den arbejdsmedicinske undersøgelse er med udgangspunkt i den enkelte borger at medvirke til at afklare råderummet for de personlige og faglige ressourcer. Det kan være optimering af behandling ved sygdom, ændringer i arbejdsprocedurer eller funktion, anvendelse af diverse overgangsordninger, opkvalificering, uddannelser eller holdningsbearbejdning.

Den arbejdsmedicinske undersøgelse består af følgende elementer:

##### *Generel anamnese*

Familiær disposition. Allergiske sygdomme. Tidligere sygdomme og undersøgelser. Rygevaner. Alkoholvaner. Medicinforbrug. Aktuelle helbredsforhold og funktionsevne.

##### *Erhvervsanamnese*

Skolegang. Uddannelse. Ansættelser. Udsættelse i relation til arbejdet. Symptomer i relation til arbejdet.

##### *Objektiv undersøgelse*

Hvor det er relevant.

##### *Konklusion*

Med stillingtagen til:

- Diagnosen, herunder evt. forslag til videregående diagnostiske undersøgelser.
- Erhvervsprognosen, herunder om sygdommen giver begrænsninger i personens arbejdsevne, og da hvilket arbejde personer kan klare og ikke kan klare.
- Er der tale om arbejdsbetinget sygdom? I givet fald anmeldelse til Arbejdstilsynet og evt. Arbejds-skadestyrelsen.
- Er der behov for, at Arbejdsmedicinsk afdeling aflægger et arbejdspladsbesøg?
- Er der behov for en rundbordssamtale med deltagelse af borgeren, dennes læge og arbejdsgiver, foruden sagsbehandleren i socialforvaltningen og den undersøgende læge fra Arbejdsmedicinsk afdeling?

### **3) Opfølgning i samarbejde mellem kommunerne og Arbejdsmedicinsk afdeling**

Kopi af journalen sendes til sagsbehandleren i socialforvaltningen foruden til borgeren og dennes læge.

Socialforvaltningen foretager herefter den sædvanlige sagsbehandling med stillingtagen til eventuelle sociale foranstaltninger (revalidering, fleksjob m.m.) eller afslutning af sagen.

I dette forløb kan socialforvaltningen følge sagen op med Arbejdsmedicinsk afdeling, fx ved de følgende visitationsmøder eller ved fællesmøder mellem borgeren, socialforvaltningen og Arbejdsmedicinsk afdeling. Ligeledes kan Arbejdsmedicinsk afdeling følge sagen op ved kontakt til fagforeningen, arbejdspladsbesøg eller rundbordssamtale med deltagelse af patienten, dennes læge og arbejdsgiver, samt sagsbehandleren i kommunen og Arbejdsmedicinsk afdeling.

#### **4.3.2 Dataindsamling**

Dataindsamlingen består af indhentning af data om sygedagpengesager i opfølgning i kommunerne, samt en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse.

Dataindsamlingen er tilrettelagt således:

##### **1) Indhentning af data i forsøgskommuner og kontrolkommuner**

Dataindsamlingen sker i et samarbejde mellem kommunerne og Arbejdsmedicinsk afdeling. I forbindelse med denne er der i regi af Arbejdsmedicinsk afdeling nyudviklet et regnearkbaseret system til registrering af sygedagpengesager. Det er sket som konsekvens af, at den eksisterende registrering af sygedagpengesager og øvrige sager i kommunernes opfølgningsgrupper hidtil har været uensartet, ukomplet og mindre valid, end hvad der kræves for at skabe dokumentation for effekt på tværs af kommunegrænser.

De variable, der indhentes oplysning om, er sagsbehandler, CPR-nr., datoer vedr. sygemelding og ophør, dato for sagsmodtagelse og 1. samtale, erhvervsstatus ved indgang og udgang fra opfølgning, årsager til sygemelding og ophør, faggruppe, egen læge og A-kassemedlemskab.

##### **2) Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse**

Der indhentes standardiserede oplysninger om beskæftigelse, sociale forhold, arbejdsmiljøforhold og selv vurderet helbred om sygedagpengemodtagere og erhvervstruede, der optræder med en sag i forsøgskommunernes opfølgningsgrupper. De fælles visiterede og undersøgte på Arbejdsmedicinsk afdeling er en delmængde af disse borgere. Tilsvarende standardiserede oplysninger indhentes fra kontrolkommunerne. Indhentningen af oplysninger sker med et postomdelt spørgeskema et år efter interventionen over for de undersøgte.

Der forventes udsendt ca. 5.000 spørgeskemaer over to år jævnfør figur 1 i afsnit 4.2, de midterste kasser med teksten ”Sager med sygemeldte og erhvervstruede, som kommunen følger på”.



#### **4.4. Dataanalyse**

##### **4.4.1 Testning af interventionsgruppen og kontrolgruppen**

Interventionsgruppen udgøres af 300 personer over to år jævnfør figur 1, afsnit 4.2. Om nødvendigt forlænges perioden, så tallet 300 opnås.

Kontrolgruppen udgøres af en tilsvarende gruppe i kontrolkommunerne matchet på alder, køn, uddannelse, diagnose og sygefraværslængde ved visitation, og forventes at udgøre 110 personer over to år, jævnfør figur 1, afsnit 4.2. Tallet er et forsigtigt minimumsskøn, i det vi af hensyn til en ønsket styrke på > 85% skal opnå mindst 110 matchende kontroller.

Analysen sker på baggrund af en samlet database, som udgøres af data indhentet i kommunerne og data indhentet ved hjælp af spørgeskemaet.

På baggrund af de indhentede data testes om interventionsgruppen arbejdsfastholdes i højere grad end en tilsvarende gruppe i kontrolkommunerne matchet på alder, køn, uddannelse, diagnose og sygefraværslængde ved visitation.

Der testes endvidere for interventionens betydning for andelen af personer i arbejde, sygeperiodens længde, andelen af meget langvarigt sygemeldte, andelen på anden offentlig forsørgelse, samt andelen med afklaret forsørgelsesgrundlag.

I testningen justeres for effekt af køn, alder og uddannelse med henblik på at opnå sammenlignelige forhold, og der anvendes logistisk regression.

Ved en interventionsgruppe  $n_1 = 300$  og en kontrolgruppe  $n_2 = 110$  over to år, samt et signifikansniveau  $< 0,05$ , opnås ved en  $\chi^2$ -test en styrke  $> 85\%$ .

##### **4.4.2 Analyser af hver kommunes interventionsgruppe og øvrige opfølgningssager**

Ud over analyser mellem interventionsgruppen og den matchende kontrolgruppe, udføres analyser af, hvordan interventionsgruppen fra hver enkelt kommune adskiller sig fra samme interventionskommunes øvrige opfølgningssager. Dette vil bidrage til en forståelse af om, og i givet fald hvordan, der er forskel på interventionskommunernes praktiske opfattelse af, hvilke borgere, der skal følges op over for. Herunder vil vi se på, om sagsbehandler udgør en selvstændig faktor.

Der vil i analysen blive forsøgt taget højde for forskelle mellem kommunerne i henseende til den befolknings- og erhvervsmæssige sammensætning, samt kommunernes organisation og eventuelle særlige kommunale initiativer på sygedagpengeområdet.

##### **4.4.3 Afdækning af sygdomsårsager**

De væsentligste sociale, medicinske, arbejdsmiljømæssige og arbejdsmarkedspolitiske årsager til langvarig sygdom afdækkes ud fra samme database som nævnt under 4.4.1.

I dataanalyserne justeres for effekt af køn, alder, uddannelse og kommunetilhørsforhold med henblik på at opnå sammenlignelige forhold.

#### 4.4.4 Metodiske overvejelser

Projektets metode med fælles visitationsmøder med kvalitativ udvælgelse til intervention, har i praksis umuliggjort gennemførelse af et randomiseret studie.

Hvis interventions- og kontrolgruppen blev udvalgt på samme måde, dvs. ved fælles visitationsmøder, ville nogle borgere blive positivt identificeret som erhvervstruede og dermed have risiko for meget langvarig sygemelding og udstødning, men uden at modtage den arbejdsmedicinske undersøgelse og opfølgning. Ved projektets start kunne kommunerne ikke gå med til dette af forvaltningsmæssige årsager.

Ens udvælgelsesmåde til interventions- og kontrolgruppen ville desuden medføre et metodisk problem, fordi den kvalitative udvælgelse er en integreret del af interventionen, der i sig selv kan forventes at indvirke på borgerens situation. Det vil sige, at sager, udtaget til kontrol, ville risikere en anderledes og formentlig bedre sagsbehandling i kommunen pga. opmærksomhedseffekten. Dette kunne teoretisk undgås ved en blinding af sagerne til kontrol over for sagsbehandlere i kommunen. Men da udvælgelsen foregår i et samarbejde ved møder, hvor en del af metoden er åben drøftelse af alle relevante sager med alle sagsbehandlere, er en sådan blinding ikke mulig.

Hvis inklusionen til intervention i stedet havde været randomisering via en generel parameter (fx 1. sygemeldingsdato), havde der ikke været et tilsvarende problem, for der ville ikke blive identificeret særlige behov for indsatser blandt personer i kontrolgruppen. Inklusion via en generel parameter ville dog umuliggøre afprøvning af projektets metode med fælles visitationsmøder, hvor der sker en *kvalitativ* udvælgelse af egnede til intervention.

Fordelen ved vores design er, at den mere kvalitative inklusion til intervention muliggør gode resultater på grund af stor målrettedhed i indsatsen. Det randomiserede studium med en generel parameter som inklusion til intervention kan have den ulempe, at der i mange tilfælde interverneres, hvor der reelt ikke er behov.

Ulempen ved det ikke-randomiserede design kan være problemer med finde et tilstrækkeligt antal gode matchende kontroller. Desuden skal der tages højde for en kommunefaktor, fordi match ikke sker inden for samme kommune.

Randomisering eller ej i denne type interventionsstudier udgør således et dilemma. Vi har valgt at målrette interventionen mod de få borgere med stort behov og afprøve den kvalitative selektion som en socialmedicinsk metode.

#### 4.4.5 Ekstern validering

Projektets design giver Arbejdsmedicinsk afdeling en rolle både i intervention (genstandsfelt) og i analyse af resultater (forskning). Der søges derfor etableret et fagligt samarbejde med eksterne faglige konsulenter, der skal efterprøve dataanalysens resultater med udgangspunkt i de indsamlede data og de opstillede hypoteser og metoder, men uden at være forelagt Arbejdsmedicinsk afdelings tolkning af resultaterne. De eksterne faglige konsulenter kan fx være arbejdsmedicinere uden for Roskilde Amt eller epidemiologer med faglig indsigt i forskningsfeltet.

## **5. Kvalitativ evaluering af udviklede samarbejdsmetoder**

Afsnit 4, forskningsplanen, er planen for, hvordan vi vil efterprøve de to førstnævnte, opsummerede delmål for projektet (jævnfør afsnit 3).

Det tredje delmål om at udvikle samarbejdsmetoder som kan forankres i kommunerne og i den primære sundhedssektor planlægges evalueret med bistand fra eksterne konsulenter.

Evalueringen skal udføres som en kvalitativ analyse, hvor de udviklede metoder beskrives og vurderes, særligt med henblik på eventuel udbredelse. Som led i evalueringen kan indgå interview med alle involverede parter i projektet.

Evalueringen planlægges at foregå i 2005 og igen i 2006.

## **6. Tids- og produktionsplan**

Projektet har været i gang som pilotprojekt fra juni 2001 til december 2002.

Pr. 1. januar 2003 er projektet gået ind i kontrolfasen. I denne periode fortsætter pågår interventionen og registreringen af sammenlignelige og valide data i kommunerne om alle sager. Kontrolfasen skal fortsætte til indtil det der foreligger fornødne antal til brug for projektets forskningsmæssige resultater. For at få de forudsatte 300 personer igennem intervention og tilhørende spørgeskemaer, kan det blive nødvendigt at lade interventionerne fortsætte til medio – ultimo 2005.

Forår 2004 udsendes spørgeskema til alle borgere, der havde en opfølgningssag i projekt- og kontrolkommunerne i første kvartal 2003. Der forventes i første udsendelse udsendt ca. 1.700 spørgeskemaer, og ca. 400 spørgeskemaer i hver af de efterfølgende kvartårige udsendelser. Første udsendelsesrunde er større end de øvrige for også at inkludere aktuelle sygedagpengesager påbegyndt før 1. januar 2003.

Der forventes svarprocent på mindst 70 efter forudgående postomdelt erindringskrivelse og telefonisk rykker (herunder frafaldsanalyse) efter behov. I andet halvår 2004 tages og bearbejdes de indkomne data fra spørgeskemaet og efterfølgende afrapporteres de foreløbige resultater.

I alt forventes over to år udsendt ca. 5.000 spørgeskemaer. Heraf forventes ca. 3.600 spørgeskemaer udsendt til borgere i en af de fire forsøgskommuner, og ca. 1.400 spørgeskemaer forventes udsendt til borgere i de to kontrolkommuner. Tallene kan dog blive større, hvis interventionerne fortsætter i 2005 for at supplere op til 300 i interventionsgruppen.

Den eksterne evaluering af de udviklede samarbejdsmetoder som kan forankres i kommunerne og i den primære sundhedssektor planlægges nærmere ultimo 2004 og udføres i 2005 og i 2006.

Projektet forventes afsluttet og endeligt afrapporteret ultimo 2006. Der vil løbende i projektet blive afrapporteret med foreløbige resultater og delresultater.

I projektstyringen benyttes Logical Framework Approach (LFA).

I bilag 1 ses LFA-matricer 1-3 samt Projektimplementeringsplan (PIP). Projektimplementeringsplanen er en skematisk tids- og produktionsplan indeholdende alle projektaktiviteter.

LFA-matricerne viser på skematisk form sammenhængen mellem projektets formål, resultater og aktiviteter.

## **7. Organisatoriske rammer og samarbejdspartnere**

Styregruppen for sundhedsplanlægning, Roskilde Amt nedsatte i 2000 en projektgruppe, som skulle formulere et forsøgsprojekt om en tidlig indsats overfor sygedagpengemodtagere. Projektgruppen udarbejdede i 2000 forslaget til det foreliggende projekt.

Projektgruppen bestod af repræsentanter for Sundhedsplanlægningen, Roskilde Amt, Social- og Kulturforvaltningen, Gundsø Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen, Greve Kommune, Lægekredsföreningen, Roskilde Amt og Arbejdsmedicinsk afdeling, Roskilde Amts Sygehus Køge. Gruppen blev i 2001 udvidet med Social- og sundhedsforvaltningen, Solrød Kommune. Pr. 1. januar 2003 er Køge kommune indtrådt i projektet, og dermed projektgruppen.

Projektgruppen er senere fortsat som styregruppe for projektet.

Faglige samarbejdspartnere er arbejdsmedicinske klinikker i Danmark, Arbejds miljøinstituttet (AMI), Socialforskningsinstituttet (SFI), Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut (AKF) og Arbejdstilsynet kreds Roskilde Amt (AT). De faglige samarbejdspartnere inddrages ad hoc ved behov og erfaringsudveksling inden for fagområdet.

## **8. Plan for offentliggørelse og formidling af projektets resultater**

Ultimo 2002: Status for projektets pilotfase (1. årsrapport). Målgruppe: Projektets styregruppe, involverede kommuner, øvrige interesserede.

Ultimo 2003: Evaluering af projektets pilotfase og foreløbige resultater (2. årsrapport). Målgruppe: Projektets styregruppe, involverede kommuner, øvrige interesserede.

Ultimo 2004: Evaluering af foreløbige resultater (3. årsrapport). Målgruppe: Projektets styregruppe, involverede kommuner, samt eventuelt faglige samarbejdspartnere (præsentation af arbejdsrapporter ved konferencer og lign.).

Ultimo 2005: Evaluering af foreløbige resultater og publicering af delresultater. Målgruppe: Projektets styregruppe, involverede kommuner, og faglige samarbejdspartnere (præsentation af delresultater ved konferencer og lign.).

Ultimo 2006: Evaluering/afrapportering af endelige resultater og publicering. Målgruppe: Projektets styregruppe, involverede kommuner, faglige samarbejdspartnere, samt de praktiserende læger i Roskilde Amt.

De foreløbige og de endelige resultater planlægges forelagt de involverede kommuners socialforvaltninger ved seminarer og lign.

De forskningsmæssige resultater formidles i lægevidenskabelige tidsskrifter og andre relevante skriftlige fora, samt for samarbejdspartnere ved konferencer og lign.

Formidling til de praktiserende læger planlægges at foregå via Lægekredsforeningen, og det kan ske ved aftenmøder, endagsseminarer og/eller i Lægekredsforeningens medlemsblad, men også fx via Månedsskrift for praktisk lægegerning.

Endeligt planlægges optrykning af evalueringsrapporter med delresultater og endelige resultater til alle ovennævnte og andre mulige interesserede.

Projektet har en åben og offensiv informationsstrategi, da både de positive og eventuelle negative erfaringer ønskes viderebragt til inspiration og eventuel implementering i andre amter og kommuner. Derfor bliver årsrapporter, de foreløbige resultater, delresultater, de endelige resultater, samt øvrigt relevant materiale løbende offentliggjort på projektets hjemmeside [www.arbejdsfastholdelserask.dk](http://www.arbejdsfastholdelserask.dk).

## **9. Ethiske aspekter og godkendelser**

Projekt er anmeldt til Datatilsynet (tilsynets journalnr. 2004-54-027). Tilsynet kræver, at dataoverførslen og –opbevaringen sker i overensstemmelse med ”Bekendtgørelse om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning” (Justitsministeriet, BEK nr. 201 af 22/03/2001). De vigtigste krav i denne er de almindelige sikkerhedsbestemmelser (§ 5) og krav om manuel registrering (logning) af alle indgange til datasættet (§ 19). Projektet overholder disse og øvrige krav i bekendtgørelsen.

Videnskabetisk komité har i 2001 meddelt os, at deres godkendelse af projektet ikke er nødvendig.

Hver enkelt deltager i projektet, dvs. alle der henvises til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling, informeres i kommunernes socialforvaltning om mulig deltagelse i projektet.

Spørgeskemaundersøgelsen indeholder et følgebrev, der forklarer, hvordan navn og adresse er kommet os i hænde, sigtet med spørgeskemaet, og at deltagelse er frivillig.

## **10. Perspektivering - projektets mulige betydning for arbejdsmiljøet**

### **10.1 Betydningen for forskningen**

For forskningen på området er det vigtigt, at der gennemføres kontrollerede interventionsundersøgelser. Denne undersøgelse føjer sig til flere tidligere udførte, men adskiller sig ved at have et bredt udgangspunkt. Undersøgelsen inkluderer således alle sygemeldte med en varighed på mere end to uger, som der følges op på i kommunerne, uanset diagnose og over en flerårig periode.

Data, der er planlagt indsamlet i dette projekt, vil kunne sammenkobles med allerede eksisterende registerdata (fx den Integrerede Database om Arbejdsmarkedet, IDA, eller DREAM-databasen om sygedagpenge mv.). Hvis dette udføres, vil der kunne opnås en udbygget og helt unik viden om de grundlæggende årsager til langvarig sygemelding og udstødning fra arbejdsmarkedet. Denne viden vil selvsagt kunne suppleres og udbygges i takt med opdateringerne af de eksisterende registerdatabaser.

### **10.2 Betydningen for arbejdsmiljøet**

Projektet giver mulighed for at belyse om et arbejdsmedicinsk, forebyggende indgreb, herunder forbedret arbejdsmiljø, kan nedsætte sygefravær og forhindre udstødning fra arbejdsmarkedet.

I projektets satsning på positive ændringer af arbejdsmiljøet antages det, at der er en mindre gruppe borgere, for hvem arbejdsmiljøet kan forbedres væsentligt. Projektet satser altså på en målrettet arbejdsmiljøindsats for dem med stort behov herfor.

### **10.3 Betydningen for administration af området**

Det tværsektorielle samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk afdeling og kommunerne, og de nye metoder til intervention, opfølgning og sagsbehandling kan tænkes at forankres som permanente samarbejdsformer, arbejdsmetoder og tankegange.

Herunder kan der fx tænkes etableret en fast ordning mellem Arbejdsmedicinsk afdeling og kommunerne i Roskilde Amt med visitation og undersøgelse af langvarigt sygemeldte, således at en del af Arbejdsmedicinsk afdelings funktion bliver udnyttet som en forebyggende, samfundsforankret udefunktion, og at en sådan tværsektoriel samarbejdsflade også kan udnyttes andre steder i landet.

Økonomisk giver projektet et potentiale for store besparelser på sygedagpengeområdet.

## **11. Personale**

Der er ansat følgende personer i projektet:

1. reservelæge Ivar Heltberg blev ansat som projektlæge pr. 01.04.2001. Er fra 1. februar 2004 afløst af reservelæge Niels Peter Søndergaard.

Cand.merc. Aksel Skovgaard Clausen blev ansat som projektkoordinator pr. 01.05.2002.

En lægesekretær på 25 timer pr. uge blev ansat pr. 01.05.2001.

Stud. scient soc. Michael Nørhave er ansat som studentermedarbejder fra 01.08.2003.

Overlæge Per Gregersen og overlæge Peder Skov deltager desuden i projektet som aktive deltagere og supervisorer, hvoraf førstnævnte er formelt projektansvarlig.

## **12. Finansiering**

Forsøgskommunerne betaler efter antal udførte arbejdsmedicinske undersøgelser.

Koordinationsudvalgene i Greve, Gundsø og Solrød kommuner har støttet projektet fra 1. maj 2002 og to år frem.

Sygekassernes Helsefond har bevilget støtte til projektet 1. maj 2003 – 1. oktober 2004.

Arbejdsmarkedsstyrelsen / ”Det rummelige arbejdsmarked” støtter projektet 1. maj 2004 - december 2006.

Roskilde Amts Sygehus Køge har dedikeret en deltidssekretær til projektet i dets levetid.

## **13. Referencer**

Beskæftigelsesministeriet. Analyse af det danske sygefravær. København 2003.

Björkqvist B, Ekberg K, Malm P, Bjerre-Kiely B. Rehabilitering af nacke-skuldra besvær - 24 måneders opfølgning. Rapport från yrkesmedicin nr. 22. Linköping. Yrkesmedicinska Kliniken, 1992.

Boll J, Clausen T. Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning. Resultater af en kvalitativ undersøgelse i to kommuner. Socialforskningsinstituttet. København. Arbejdsrapport 04:2003.

Dansk Arbejdsgiverforening. Arbejdsmarkedsrapport. Tema: Sygefravær. København 2002.

Donceel P, Du Bois M, Lahaye D. Return to work after surgery for lumbar disc herniation. A rehabilitation approach in insurance medicine. Spine 1999; 24 (9): 872-6.

Ejlertsson G, Leden I, Berglund P, Hansson T. Short term and long term effects of an outpatient rehabilitation program for patients with musculoskeletal disorders. Scand J Soc Welfare 1997; 6; 99-104.

Eshøj P, Tarp U, Nielsen CV. Effect of early vocational intervention in a reumatologic out-patient clinic - a randomized study. Int J Rehab Res 2001; 24(4):291-297. (Eshøj 2001a)

Eshøj P, Jepsen JR, Nielsen CV. Long-term sickness absence - risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. Occup Med 2001; 51(5):347-353. (Eshøj 2001b)

Eshøj P, Nielsen CV, Jepsen JR. Predictors of disability pension in long-term sickness. I Eshøj P. Udstødning fra Arbejdsmarkedet. Studier af prædiktorer og forebyggende intervention (Ph.D.-afhandling). Socialmedicinsk Enhed. Århus Amt 2001.

Filges T, Høgelund J. Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning. Resultater fra en survey blandt langvarigt sygemeldte. Socialforskningsinstituttet. København. Arbejdsrapport 03:2003.

Høgelund J, Filges T, Jensen S. Langvarigt sygefravær. Hvad sker der og hvordan går det? Socialforskningsinstituttet. 03:20. København. 2003.

Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. Spine 1995; 20 (4): 473-477.

Nielsen CV. Arbejdsskadede - samfundets skrot. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag. 1991.

Nord Larsen M. Langvarig sygdom - problemer og konsekvenser. København. Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:5, 1991.

Nordström-Björverud G, Moritz U. Interdisciplinary rehabilitation of hospital employees with musculoskeletal disorders. Scand J Rehab Med 1998; 30: 31-37.

Rasmussen MS, Drews D, Bonde JP, Ottesen, GG, Nielsen CV. Projekt "I gang igen". Et kontrolleret interventionsprojekt overfor sygedagpengemodtagere i udvalgte kommuner. Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Sygehus. 2004.



## PROJEKT ARBEJDSFASTHOLDELSE

EN EVALUERING AF SAMARBEJDET MELLEM ARBEJDSMEDICINSK KLINIK OG  
KOMMUNALE SAGSBEHANDLINGER OM ARBEJDSFASTHOLDELSE I FORBINDELSE  
MED SYGDOM.

## SLUTRAPPORT

GENNEMFØRT AF:  
ELSEBETH HOFMEISTER & KURT AAGAARD NIELSEN

INSTITUT MILJØ SAMFUND OG RUMLIG FORANDRING

ROSKILDE UNIVERSITETSCENTER 2007

**INDHOLDSFORTEGNELSE**

Indledning	s.5
Resultater af første interviewrunde	s.6
Resultater af anden interviewrunde	s.8
Resultater af fokusgruppeinterview	s.9
a) Evaluering af kriterier for visitering	s.11
b) Gennemskuelighed i processen og kommunikationen mellem involverede parter	s.12
c) Rundbordssamtaler	s.14
Resultater af interview med arbejdsmedicinerne	s.15
Samspillet mellem kommune og Arbejdsmedicinsk Afdeling	s 17
Analyse og konklusion	s.18
Litteraturliste	s.23
Bilag	s.24

## **Forord**

Denne afsluttende evaluering skal ses i lyset af første delrapport, som blev udarbejdet midtvejs i projektet (efteråret 2005). Begge rapporter er skrevet på baggrund af en kvalitativ undersøgelse af samspillet mellem amt, kommune og virksomheder/borgere i interventionsprojektet

"Arbejdsfastholdelse" - en kontrolleret interventionsundersøgelse af sygepengemodtagere og erhvervstruede i Køge, Greve, Gundsø og Solrød kommune. I første del af evalueringen lokaliseres graden af forventninger og tilfredshed med deltagelse i forsøgsprojektet hos de involverede parter ud fra interview med centrale aktører i kommunerne og et fokusgruppeinterview med en gruppe borgere. De problemkomplekser der fremkom blev omsat i anbefalinger. Samtidig danner disse problemkomplekser udgangspunkt for anden evaluering, som blev gennemført i foråret 2007.

Vi takker alle der har stillet op til interviews.

Nov 2007 Elsebeth Hofmeister og Kurt Aagaard Nielsen

## **Evaluering af ”Projekt Arbejdsfastholdelse”**

### **Resumme`.**

*Evalueringen viser at projektet forløber meget forskelligartet fra kommune til kommune. Der synes at indfinde sig to forskellige modeller for samarbejdet om arbejdsfastholdelse: a) en model som i høj grad bygger på dialog mellem Arbejdsmedicinsk afdeling og sagsbehandlere både i forhold til visitering til arbejdsmedicinsk undersøgelse/-samtale og i forhold til gennemførelsen af den konkrete sagsbehandling og b) en model hvor samarbejdet fungerer efter procedurer forhåndsfastlagt af kommunen ang. arbejdsdelingen mellem arbejdsmedicinsk undersøgelse og kommunal sagsbehandling. Der foregår en social læring imellem arbejdsmedicinerne og sagsbehandlere i den dialogiske model, mens den formelt arbejdsdelte model fører til en gradvis reduktion i mængden af samarbejdssager. I begge modeller sker der i løbet af projektet en udvikling i målgruppen for arbejdsfastholdelse – fra i begyndelsen at satse på en hurtig indsats i forhold til mange forskellige sygdomsforløb til i højere grad at være en sagsbehandling, der vedrører de tungere og vanskeligere sygdomsforløb.*

*Endvidere viser evalueringen at en del borgere ikke ser arbejdsfastholdelsesprojektet som noget der bidrager til øget overskuelighed i deres sagsbehandling. Det ser ud til at især udskiftninger i sagsbehandlergruppen og manglende kommunikation om projektets mål og fremgangsmåder fremtræder som årsagerne til oplevelsen af uigennemskuelighed i sagsbehandlingen.. Evalueringen peger på behovet for øget brugerindflydelse på projektet såfremt det skal fortsætte.*

## INDLEDNING

"Projekt arbejdsfastholdelse" er et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus, og socialforvaltningerne i de fire kommuner Køge, Greve, Gundsø og Solrød.

### Formål

Formålet med projektet er at vurdere, om en tidlig fælles forebyggende indsats fra kommunen og Arbejdsmedicinsk afdeling i Køge overfor langvarigt sygemeldte og erhvervstruede kan reducere sygeperiodens længde og mindske udstødningen fra arbejdsmarkedet.

Det er også et formål med projektet at afdække væsentlige sociale, medicinske, arbejdsmiljømæssige og arbejdspolitiske årsager til langvarig sygemelding og efterfølgende udstødning fra arbejdsmarkedet.

Det er projektets hypotese, at hvis det er muligt på et tidligt tidspunkt at identificere dem, der er på vej ud i en længerevarende sygemelding, og hvis det er muligt at understøtte en tidligere afklaring af den sygemeldtes situation, så kan sygeperioden og udstødningen fra arbejdsmarkedet mindskes.

### Visitation til deltagelse i projektet

Arbejdsmedicinsk afdeling og kommunen udvælger ved fælles visitationsmøder de sygemeldte, der har risiko for meget langvarig sygemelding og senere udstødning fra arbejdsmarkedet, og som derfor kan deltage i projektet. Borgerne indkaldes dernæst til en social- og Arbejdsmedicinsk undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus.

Den arbejdsmedicinske undersøgelse varer op mod 1- 2 timer, og 90 procent af den er samtale. Ideen bag samtalen er at afdække helbredsforhold og arbejdsevne samt at give borgeren en helhedsforståelse af den pågældende situation.

I forlængelse af undersøgelsen udarbejdes en journal med undersøgelsens konklusion, der indeholder en lægefaglig bedømmelse af de spørgsmål, som sagsbehandleren har stillet om borgeren. Det vil typisk være, hvilke arbejdsopgaver borgeren vil kunne løse og i hvilket omfang, hvilke skånehensyn, der skal tages i en arbejdssituation. Der foreslås fx optimering af behandling

ved sygdom, ændringer i arbejdsprocedurer eller – funktion, anvendelse af en overgangsordning, opkvalificering, uddannelse eller holdningsbearbejdning. Samtalen slutter med at lægerne begrundet deres opfattelse af situationen, og hvad de har tænkt sig at skrive. Der lægges vægt på, at borgeren er så velinformeret med konklusionen af samtalen, at de ikke bliver overraskede når de ser det på tryk.

### Resultater af første interviewrunde

Det generelle billede er at der er store forskelle imellem de enkelte kommuner – både hvad angår ambitioner, forventninger og tilfredsheder med deltagelsen i forsøgsprojektet. Forskellene svinger imellem kommuner, der udtrykker en relativ skeptisk holdning (Gundsø og Solrød) overfor forsøgsprojektets muligheder og potentialer og til kommuner, hvor der overordnet set er en positiv indstilling til det hidtidige forløb. Disse forskelle vil fremgå af nedenstående rapportering af interviews med sagsbehandlerne i de 4 kommuner.

Arbejdsmedicinsk Afdeling oplever på samme måde som borgerne, der er blevet interviewet at de arbejdsmedicinske samtaler på et tidligt tidspunkt entydigt er positive og bidrager til et løft i håndteringen af sagsbehandlingen. Det pointeres fra alle interviewede borgere – og fra arbejdsmedicinerne selv – at disse tidlige samtaler er erkendelsesfremmende og at de har væsentlige potentialer til at kunne styrke sagsbehandlingen.

Der fremkom i første evaluering nogle afgørende problemidentifikationer i det samlede forsøgsprojekt. Disse problemkomplekser vil vi i den opfølgende evaluering i efteråret 2006 lægge særlig vægt på for dermed at vurdere om der er sket forbedringer eller ”social læring” i processerne. Det kan i sig selv ikke identificeres i denne første evaluering, som ”kun” identificerer hvor vanskelighederne i forsøgsprojektet synes at ligge:

1. Omkring visiteringen til deltagelse i projektet er der hos i hvert fald to af kommunerne en divergerende opfattelse af retningslinier og målgruppe – set i forhold til den arbejdsmedicinske enhed i forsøgsprojektet. Divergenserne vedrører hvilke sygdomsbilleder, der skal inkluderes eller ekskluderes i projektet.
2. Alle interviewede borgere oplever manglende sammenhæng og gennemsækelighed i processen. Det gælder også for borgere fra de kommuner, der har en overvejende positiv holdning til forsøgsprojektet. Det er med andre ord ikke lykkedes forsøgsprojektet i ret stor udstrækning at skabe formidling og procesforløb, som af borgeren opleves som

sammenhængende og overskuelig. Et problem synes at være hyppig personaleudskiftning i sagsbehandlingen. Ganske vist var skabelsen af en sådan overskuelighed ikke projektet hovedformål, men det spiller ind på mulighederne for at opnå succes på de primære mål at borgerne oplever denne mangel.

3. Der er en kommunikationsbarriere imellem den arbejdsmedicinske samtale (og efterfølgende diagnostik) og sagsbehandling i kommunen respektivt rundbordssamlerne. Alle er enige om at den arbejdsmedicinske samtale er vellykket og formår at etablere et fælles helhedssyn på borgerens situation. Men filmen synes at knække når denne erkendelse skal føres med ind i det efterfølgende behandlings og samtaleforløb. Der synes at være særlige vanskeligheder i formidlingen imellem en enhed i sags-håndteringen som er – og skal være – et frirum – og de enheder som er – og skal være - udstyret med magt og kompetence. Der er et behov for at skabe *en social læring* i projektet omkring denne formidling – bl.a. i retning at skabe større gensidige forståelser af diagnosesproget.
4. Rundbordsamtalerne forløber meget forskelligt og har også forskellige deltagerkredse. Evalueringen viser, at der er en udbredt opmærksomhed på at starte rundbordssamtalerne tidligt og med arbejdsmedicinsk deltagelse. Derimod er der ikke megen opmærksomhed på karakteren af **processerne** i rundbordssamtalerne og i hvilken udstrækning disse kan danne udgangspunkt for social læring og skabe gennemsikuelighed for borgeren og de deltagende parter.

Som nævnt ovenfor blev disse problemkomplekser yderligere belyst i den opfølgende evaluering i foråret 2007.

Evalueringen, der er gennemført i to tempi, bygger på 2x fokusgruppeinterviews med hhv. 4 og 8 borgere, 2 x interviews med sagsbehandlere i de involverede kommuner, samt 2x interviews medlæger og projektkoordinator på Arbejdsmedicinsk Afdeling i Køge.

De to **fokusgruppeinterviews** er gennemført på basis af en invitation til repræsentativt udsnit af fastholdelsespatienter fra de 4 kommuner. I fase 1 deltog fastholdelsespatienter (herefter kaldet borgere) og i fase 2 deltog 7 borgere. Ang. udvælgelsesproceduren henvises til nærmere beskrivelse heraf i delrapport 1.). Fremgangsmåden ved indkaldelsen til disse fokusgruppeinterviews har vist sig at resultere i deltagerkredse, der i det overordnede billede er stærkt kritiske overfor deres sagsbehandlingsforløb. Med en enkelt undtagelse er alle deltagerne på et eller flere punkter

frustrerede over deres sagsforløb. Det betyder ikke at alle borgere – end ikke nødvendigvis et flertal – har lignende erfaringer. Men vi har valgt at basere evalueringen på dette udvalg, dels fordi evalueringen ikke havde tidsressourcer til yderligere opsøgende arbejde, dels fordi vi med disse fokusgruppeinterviews blev i stand til at udpege ”worst cases”, som vi mener projektet kan lære af. De to fokusgruppeinterviews skal således læses som en pejling af problemstillinger, som (i en udstrækning vi ikke kan dokumentere) udgør kritiske problemstillinger for projektet som helhed. **Sagsbehandler interviews og interviews med lægerne fra Arbejdsmedicinsk Afdeling** har første gang været gennemført som en slags screening af deres oplevelse af Projekt Arbejdsfastholdelse – dets styrker og svagheder. Det andet interview var derimod mere fokuseret på 4 problemstillinger, som første delrapport – dvs. midtvejs i forløbet - fremstod som projektets ”svage led”. De 4 problemstillinger, der blev fokuseret på i evalueringens 2.den fase var:

- 1.kriterier for visitering – specielt uenigheder om visiteringskriterier.
- 2.gennemskuelighed i processen – især borgernes oplevelse af manglende gennemskuelighed
3. kommunikationen imellem involverede parter – i hvilken grad foregår der en læring i projektet; vi peger især på vanskeligheder ved at finde samme sprog imellem sagsbehandlere, arbejdsmedicinere og borgere.
4. Rundbordssamtalernes rolle og arbejdspladsernes involvering; der blev især efterlyst i hvilken grad rundbordssamtalerne udviklede erfaringer med dialogiske processer.

## Resultater af anden interviewrunde

### 1. Indledning

Disse 4 temaer var alle i fokus ved anden interviewrunde; og den evaluering vi præsenterer i det følgende centrerer altså om hvorvidt projektet har været i stand til at gøre noget ved disse problemstillinger. Vi havde givet projekt koordinatorene en tilbagemelding om konklusionerne fra første delrapport.

Det skal bemærkes at de involverede kommuner i evalueringens anden fase blev reduceret til 2, idet Gundsø kommune har efter kommunesammenlægningen reelt stoppet samarbejdet med projektet og Køge Kommune var grundet travlhed ikke i stand til at deltage i 2.den interview-runde.. Det er imidlertid vores opfattelse af de to medvirkende kommuner idealtypisk viser ”Projekt Arbejdsfastholdelses” styrker og svagheder. Der har været tale om to temmelig forskellige dynamikker i de to kommuners samarbejde med projektet og især med Arbejdsmedicinsk Afdeling.



Solrød repræsenterer en udviklingsproces i projektet, hvor samarbejdet med Arbejdsmedicinsk Afdeling i stigende grad kommer til at ligne en service aftale: når kommunens sagsbehandlere ser et behov rekvirerer de arbejdsmedicinsk Afdeling, rundbordssamtalerne finder stort set ikke sted og projekt Arbejdsfastholdelse er ved at miste sin karakter af et projektsamarbejde. I Greve Kommune er det derimod lykkedes at fastholde og udvikle dialogisk projektsamarbejde i en fælles drøftelse af hvordan sagsbehandling ved langtidssygdom kan forbedres. Også her forsvinder rundbordssamtalerne.

Endelig skal vi oplyse, at der i det sidste fokusgruppeinterview ikke deltog borgere fra Greve kommune; hvilket vi lidt usikkert tolker som et udtryk for at borgerne her ikke har oplevet så kritiske ting i forløbet, at de har følt anledning til at tilmelde sig fokusgruppeinterviewet. Det er naturligvis en noget usikker konklusion, som skal læses med størst mulige forbehold og som kan/bør valideres igennem en sammenligning med de kvantitative spørgeskema-analyser.

Vi vil imidlertid nu gennemgå resultaterne af de gennemførte interviews fra 2.den runde og forsøge at dokumentere på hvilke måder de to idealtypiske kommuner har håndteret de 4 forskellige problemstillinger, som vi påviste gjorde sig gældende på tværs af kommunerne efter første evalueringsrunde.

### **2. Resultater af fokusgruppeinterview.**

Borgerne der deltog i fokusgruppeinterview repræsenterer 4 personer fra Solrød og 3 personer fra Køge kommune; der deltog ikke repræsentanter fra Greve kommune.

I den første evaluering fremgår det s.9 at borgerne manglede en sammenhæng og gennemsuelighed i processen og de oplevede kommunikationsbarrierer imellem den arbejdsmedicinske samtale ( og efterfølgende diagnostik) og sagsbehandlingen i kommunen. Disse kommunikationsbarrierer er ud fra borgernes oplevelse stadig til stede.: **Solrød:** En af deltagerne er blevet visiteret til Arbejdsmedicinsk Afdeling via fagforeningen, men mener dog ikke at hun har fået noget med fra projektet. De øvrige mener ikke at undersøgelsen og indstillingen fra Arbejdsmedicinsk Afdeling er blevet brugt i det videre forløb. Kritikken er både rettet imod Arbejdsmedicinsk Afdeling og sagsbehandlingen i kommunen og samarbejdet imellem disse. En af deltagerne udtaler: ”Følte at jeg ikke blev taget alvorligt i Arbejdsmedicinsk Afdeling og sagsbehandlingen i kommunen. Arbejdsmedicinsk Afdeling vidste ikke hvorfor jeg skulle komme til dem.” Vi tolker en sådan

udtalelse som udtryk for en ikke altid lige velfungerende kommunikation, som dels kan skyldes borgerens manglende motivation for at være med, dels at informationen omkring samtalerne har været mangelfulde. Vi kan ikke afgøre hvilken af forklaringerne, der har vejet tungest.

**Køge:** To af deltagerne fra Køge har oplevet samtalen på Arbejdsmedicinsk Afdeling som rigtig god men er ikke klar over om konklusionen er gået videre til kommunen. ”I hvert fald spørger de i kommunen om nøjagtig de samme ting. En har oplevet samtalen på Arbejdsmedicinsk Afdeling som uforberedt og der udtrykkes en generel skepsis overfor projektets værdi. Den pågældende borger har været syg i 16 måneder og har haft 3 forskellige sagsbehandlere, men er nu tilbage i sit gamle job i et fleks job. Jobbet kom på initiativ af arbejdspladsen.

Hvad har hjulpet?

Borgerne oplever at de selv skal være aktive for at der sker noget i sagsforløbet og at de forskellige systemer bekriger hinanden i stedet for at samarbejde. Her fremhæves sagsbehandlernes ferie samt den oplevede store udskiftning af sagsbehandlere, at de er for dårligt udrustet med uddannelse og tid – indlevelse, ”ikke alle har den fornødne erfaring” og det at indstillingen fra Arbejdsmedicinsk Afdeling ikke bliver fulgt op som hovedproblemet.

Med undtagelse af Greve Kommune, hvorfra vi ikke havde deltagere i fokusgruppeinterviewet, ser det altså ud som om der fra borgernes synsvinkel stadig er en gennemgående uoverskuelighed. Projektet bidrager ikke til at de interviewede borgerne opnår et gennemskueligt sagsforløb.

### 3. Resultater af interviews med sagsbehandlerne i kommunerne

#### a) Evaluering af kriterier for visitering

##### Solrød

I Solrød er det ikke diagnosen der er udgangspunkt for visiteringen, men sager hvor sagsbehandlerne syntes det kan være svært at komme videre og hvor dialogen opleves at være gået i stå. Det medfører at det ofte er ret sent og dermed længere inde i sygdomsforløbet at Arbejdsmedicinsk Afdeling bliver inddraget. Det er den enkelte sagsbehandler der står for henvisningen og det at visitationen først sker langt inde i forløbet når dialogen er gået i lås, kan i

nogle tilfælde medføre at udgangspunktet for visitationen har udviklet sig til at være en anspændt situation mellem sagsbehandleren og borgeren.

I dag henvises der færre borgere til Arbejdsmedicinsk Afdeling end tidligere. I starten havde sagsbehandlerne alle sager med til et fælles visitationsmøde med arbejdsmedicinerne hver 14 dag. Sagsbehandlerne oplevede på den ene side, at der blev brugt for mange ressourcer på at gennemgå alle sager hver gang og på den anden side var der uenighed omkring relevanskriteriet for visitationen da man ikke var enig med arbejdsmedicinerne i at der var behov for at visitere så mange samtidig med, at man så det som en økonomisk belastning, hvis der blev visiteret for mange sager til Arbejdsmedicinsk Afdeling.

I interviewet påpeger sagsbehandlerne at det oprindeligt var den tidlige visitation man havde satset på i håb om fastholdelse på arbejdsmarkedet, men at det rent faktisk ikke er det der er sket. Det er uklart hvad der har været årsag til dette skred, men den økonomiske balance ses som en del af forklaringen.

### **Greve**

I Greve er udgangspunktet for visitation en diffus fysisk lidelse der kan være arbejdsbetinget eller hvor der er tvivl om det videre behandlingsforløb. Ved psykiske lidelser inddrages andre aktører. Det er den enkelte sagsbehandler der står for visitationen hvilket sker ved førstegangssamtalen da man betragter en hurtig udredning og handlingsplan som centralt for arbejdsfastholdelsen. Det typiske forløb er herefter en drøftelse med den tilknyttede arbejdsmediciner, der kommer hver 14 dag, med henblik på undersøgelse på Arbejdsmedicinsk Afdeling og efterfølgende rundbordssamtale med borger, sagsbehandler og arbejdsmediciner. I relation til den hurtige indsats er strukturen blevet ændret for et halvt år siden. Tidligere lå en sag i de første 5-6 uger i en visitationsenhed og først hvis borgerne ikke var raskmeldt indenfor den periode blev de overført til deres faste rådgiver. Nu starter de op hos deres faste rådgiver og det opleves som en gevinst i og med, at man kommer tidligt ind sagsstoffet og møder alle personer.

Antallet af henvisninger er det samme som i starten, men sagsbehandlernes anvendelse af arbejdsmedicineren i form af samtaler og drøftelser af den enkelte sag er blevet forbedret. I starten deltog alle med deres sager, men det oplevede man som meget tidskrævende, hvor man i dag booker sig ind til en samtale. Sagsbehandlerne oplever, at det er blevet mere smidigt, og at de selv er blevet bedre til at bruge den tilknyttede arbejdsmediciner på de fastlagte tidspunkter han/hun er ude i kommunen..

Økonomien har ikke indflydelse på antallet af visitationer for sagsbehandlerne, da det styres af ledelsen, som har indgået en fast aftale om prisen pr undersøgelse med Arbejdsmedicinsk Afdeling.

### **b) Gennemskuelighed i processen og kommunikationen mellem involverede parter**

#### **Solrød**

Borgerne har ikke modstand i mod at gå ind i projekt arbejdsfastholdelse med der kan opstå en efterfølgende modstand som sagsbehandlerne mener kan hænge sammen med at tilbagemeldingerne ikke er fokuserede. Da de personer, der visiteres til Arbejdsmedicinsk Afdeling er sager, hvor sagsbehandlerne er bange for, at de er låst i forhold til det videre forløb ser man det som et problem, hvis der står i konklusionen at personen har nedsat arbejdsevne uden, at der har været foretaget en arbejdsprøvning. Det kan derfor være svært fordi en sådan udtalelse låser og kan skabe en konflikt mellem borger og sagsbehandler i det videre forløb. I Solrød har opfølgning med arbejdsmedicinerne en gang om måneden, men det er ikke nødvendigvis den arbejdsmediciner der deltager, der har udarbejdet rapporten. Hertil kommer at der har været tilknyttet forskellige arbejdsmedicinerne i forløbet. I forhold til det videre forløb oplever man en modsætning, da man kan diskutere rapporten men ikke ændre i den fremkomne konklusion. Samtidig påpeges en vanskelighed ved at anvende det samme sprog og satsningsområder. Sagsbehandlerne oplever det som to verdener, hvor de mener at arbejdsmedicinerne har for meget fokus på sygdommen og savner en højere grad af fælles sikring af at borgeren forbliver på arbejdsmarkedet. De oplever en dobbelthed i forhold til konklusionerne, som de først ser når de er sendt ud til borgerne. Her stiller de spørgsmålet ”er det en orientering eller er det også en forhandling?” og giver svaret: ”På den ene side vil vi gerne have en lægefaglig vurdering på den anden side vil vi også gerne påvirke den vurdering. Sagsbehandlerne mener, at der bør være et fælles fokus på, hvad man kan og mere fokus på ressourcer og ikke sygdom. De mener at arbejdsmedicinerne har fokus på diagnosesprog og funktionsbegrænsninger i modsætning til sagsbehandlerne der har et funktionssprog, der efterlyser hvad borgerne kan.. Det er vigtigt at få klarlagt, hvad de kan ikke hvad de fejler og arbejdsmedicinerne skal bruges til at sige, hvad de kan på trods af sygdommen så det fælles fokus bliver arbejdsfastholdelse.”

#### **Greve**

I Greve mener man at informationsarbejdet til borgerne omkring det at de indgår i et projekt har været svært at håndtere og at informationsniveauet er dalet. I starten var der en aftale om at ringe til egen læge når en borger blev visiteret til Arbejdsmedicinsk Afdeling, hvilket man var ret god til men ikke har formået at opretholde. I forhold til projektet skabte det forvirring at der et helt år efter raskmelding blev udsendt spørgeskemaer. Nogle af de borgere der havde været raskmeldt længe et stykke tid vidste ikke, hvad de var en del af og hvad meningen var. Sagsbehandlerne har blot orienteret om samarbejdet med Arbejdsmedicinsk Afdeling uden at informere om, at det er et projekt, hvor der også indgår forskning - og dermed udsendelse af spørgeskemaer. Der mangler en folder som orienterer om projektet.

I forhold til borgernes manglende gennemskuelighed af processen mener sagsbehandlerne at de grundigt forklarer hvad der er forløbet, men også oplever situationer, hvor det virker som om borgeren ikke vil forstå forløbet. Desuden påpeges det, at der er tale om to typer af helhedsforståelser. Ud fra en arbejdsmedicinsk helhedsbetragtning og et arbejdsmarkedsperspektiv kan en borger, der bliver interviewet på arbejdsmedicinsk Afdeling opleve, at der er en masse ting der kan lade sig gøre, hvor det ud fra vores helhedsvurdering præcisere, at der ikke gør sig forhold gældende, der betyder, at de ikke kan gøre det ud af egne ressourcer. ”De ser arbejdsmarkedet i det store perspektiv vi ser det også i det store perspektiv men vi skal hele tiden skelne. Hvem har ressourcerne til selv at gøre noget ved det og hvem skal vi hjælpe. Dagsordenen er forskellig på Arbejdsmedicinsk Afdeling skal de ikke og har ikke kompetencerne til at vurdere, de skal bare komme med rigtig gode forslag. En gang imellem har jeg læst rapporten og tænkt har de virkelig sagt det. Så må man lige ringe op og sige det er jeg ikke helt enig i, men det må jeg selv udrede med borgeren. Så må man forklare, hvad man mener. Vi har forskellige briller på vi sidder med den socialfaglige indgangsvinkel og de sidder med deres, men selvfølgelig burde det gå op i en højere enhed til sidst.”

Sagsbehandlerne har ikke oplevet uoverensstemmelser i forhold til Arbejdsmedicinsk Afdeling; det har mere været i forhold til egen læge. Men når borgerne oplever forskellige vurderinger mener sagsbehandlerne, at det skyldes at de siger: ”Jeg hører hvad du siger men det er ikke en realitet, og det er selvfølgelig øv at høre.”

**c) Rundbordssamtaler****Solrød**

I Solrød har man mange sager, hvor arbejdspladsen er involveret, men de sager henvises ikke til Arbejdsmedicinsk Afdeling, da det er sager, hvor borgerne selv er interesseret og motiveret. Der er aldrig blevet holdt mange rundbordssamtaler, men i det tilfælde, hvor det er blevet etableret med borger, arbejdsmedicinere og egen læge har sagsbehandlerne oplevet at samtalen er gået fint og at man er nået frem til konstruktive aftaler. Der hvor problemet opstår er i opfølgningen. De mener, at den manglende opfølgning fører til, at man glider tilbage i gamle roller og mener at rundbordssamtalerne bør være mere handlingsorienterede så der kommer en klar aftale ud af mødet som man følger. I den balancegang, der ligger mellem samtale og forhandling ønsker man, at der konkluderes på det samtalen fører frem til. Det pointeres at der har manglet et fællesforum imellem alle involverede parter.

Sagsbehandlerne ser en fremtids idé i, at man lavede konklusionerne i fællesskab som rundbordssamtale hvor borgeren, arbejdsmedicineren og sagsbehandleren deltager. Man er begyndt at lave den slags møder med egen praktiserende læge og sagsbehandlerne oplever det som et frirum hvor alle tre taler sammen og hører de samme ting.

**Greve**

I Greve indgår rundbordssamtaler med borger og arbejdsmedicinere på Rådhuset som en naturlig del af det opfølgende arbejde efter undersøgelsen på Arbejdsmedicinsk Afdeling. I forhold til virksomhederne har man en særskilt afdeling med virksomhedskonsulenter, der ikke laver andet end at tage ud til rundbordssamtaler så det er ikke en funktion, der ligger hos sagsbehandlerne. Virksomhedskonsulenterne tager kontakt til fastholdelsesprojektet f.eks. i sager omkring fleksjob og de deltager også hver 14 dag når arbejdsmedicineren er til stede.

Sagsbehandlerne ser det som en stor gevinst at have opfølgende rundbordssamtaler med arbejdsmedicineren, da det giver borgeren en helt anden indgangsvinkel til den konkrete situation .eks hvor meget og hvordan en man kan bruges. Arbejdsmedicinsk afdeling er blevet meget bedre end tidligere til at indgå i opfølgende samtaler i kommunen som sagsbehandlerne ofte benytter sig af og har haft et stort udbytte af. I rundbordssamtalerne er det sagsbehandlerne der har kompetencen, derom hersker ingen tvivl, men de er sparringspartnere. ”Hvis han siger det her vil

være godt siger jeg 9 ud af 10 gange, at det er i orden.” I forbindelse med denne tætte dialog og udvikling tillægger sagsbehandlerne det stor betydning, at de har haft tilknyttet den samme arbejdsmediciner igennem hele projektføreløbet, og at det også er ham/hende, der deltager i rundbordssamtalen selvom det ikke er ham/hende, der har stået for undersøgelsen.

#### **4. Resultater af interviews med arbejdsmedicinerne.**

##### **a) Visitering**

Arbejdsmedicinerne oplever at både borgerne og sagsbehandlerne er meget diagnosefokuseret og at de bliver skuffede når der ikke ligger en klar diagnose. De siger der visiteres til Arbejdsmedicinsk afdeling er ikke desto mindre de siger, hvor der typisk er tale om en uklar diagnose: Det kan stille store krav til samarbejdet. Man oplever forskellige forventninger omkring roller og Arbejdsmedicinsk afdelings funktion i de to kommuner. Solrøds sagsbehandlere opleves som meget diagnosefikserede, hvor samspillet med Greve i højere grad har været et lærende system, som i projektføreløbet har lært af arbejdsmedicinerne, at der ikke altid kan eller skal stilles en klar diagnose. Samspillet med Greve opleves som et lærende system i modsætning til Solrød hvor man ikke har oplevet at der har været rammer for en tilsvarende læringsproces. Desuden mener arbejdsmedicinerne at sygdom i nogle tilfælde kan være et ”helle-sted” hvor det kan være legitimt ikke rigtig at vide hvad det drejer sig om og det giver diffuse diagnoser.

En sideeffekt er at det i stigende grad er den praktiserende læge og fagforeningerne, der visiterer til Arbejdsmedicinsk Afdeling. Det er med andre ord en anden slags borgere, der i dag visiteres I dag er det ikke den hurtige indsats, der er mønsteret; korte sager har man næsten ikke mere og arbejdsmedicinerne har erfaret, at de korte forløb er dømt til ikke at lykkes derfor er projektets oprindelige formål ændret til i stedet at have fokus på reduktion af længden på lange sager.

##### **b) Kommunikation.**

På Arbejdsmedicinsk Afdeling oplever man at der har manglet et overordnet forum til at tage sig af at skabe helhed og gennemsæuelighed for borgeren og klargøre hvori rollefordelingen består i det tværfaglige samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk afdeling og kommunerne. Der mangler et metaforum hvor der kan udvikles en overordnet læring og afklaring af det overordnede i det fælles projekt og de enkelte forløb. Styregruppen kunne have varetaget denne overordnede dialog, men er

aldrig kommet til at fungere som en sådan instans. Arbejdsmedicinerne mener også, at det vil være relevant at intensivere opfølgningssamtalerne i kommunerne, hvilket man er begyndt at gøre i Greve kommune.

### **c) Rundbordssamtaler**

I den første evalueringsrunde var alle kommuner enige om at det var af stor betydning med rundbordssamtaler i virksomhedsrelaterede sager på et så tidlig tidspunkt som muligt s.13 og her blev Arbejdsmedicinsk Afdeling fremhævet som et positivt samarbejde der gjorde en forskel i forhold til arbejdsfastholdelse på virksomhederne. Arbejdsmedicinerne påpeger at det er kommunerne der selv tager samtaler, der involverer arbejdspladserne. Der er således næsten ingen rundbordssamtaler i projektregi, der inkluderer arbejdspladserne som hænger sammen med kommunernes stigende involvering af private arbejdskonsulenter eller som i Greve kommune der har en særskilt afdeling med arbejdskonsulenter.

### **5. Samspejlet mellem kommune og Arbejdsmedicinsk Afdeling i interventionsprojektet ”Arbejdsfastholdelse” og det videre forløb.**

*Rollefordelingen er ikke klargjort i kommunerne.*

Den tilgang der anvendes i den arbejdsmedicinske undersøgelse, hvor ideen er foruden at afdække helbredsforhold og funktionsevne at give borgeren en helhedsforståelse af den pågældendes situation, som kan støtte et eventuelt sporskifte er der forskellig forståelse for i de to kommuner(scenarier) I Greve ser man samarbejdet som en funktionsopdeling mellem to forskellige helhedsbetragtninger og indgangsvinkler til den konkrete sag. Man betragter arbejdsmedicinernes funktion som igangsættelse af ideer hos borgeren så de får en oplevelse af, at der er mange ting der kan lade sig gøre og sagsbehandlerens rolle er så herefter at vurdere om der er forhold der gør sig gældende der betyder at borgeren ikke kan foretage de sporskifte eller ideer ud fra egne ressourcer eller hvilke forhold der gør sig gældende for at de skal have støtte til at gennemføre dette. Her ser man nogle klare forskelle i rollefordelingen og betragter forskellen på de to forskellige indgangsvinkler som, at på arbejdsmedicinsk Afdeling er indgangsvinklen til at give borgerne en helhedsforståelse af muligheder i et arbejdsmarkedsperspektiv, og opgaven er, at komme med gode forslag hvor sagsbehandlerens indgangsvinkel også er en helhedsforståelse men her er det borgerens



funktionskompetancer der er i fokus. Det er sagsbehandlerens rolle og kompetence med den socialfaglige indfaldsvinkel at vurdere om de er gennemførlige og en realitet. Sagsbehandlerens rolle kan medføre øv-situationer når borgerens medbragte ideer bliver bremset og der kan opstå forvirring hvor borgeren ikke oplever behandlingsprocessen som en helhed men som to instanser der vurderer situationen forskelligt. I Greve oplever man ikke de to forskellige indgangsvinkler og funktioner som konfliktfulte i samarbejdet med Arbejdsmedicinsk Afdeling men oplever arbejdsmedicinerne som sparringspartnere. Hvor man i de fleste tilfælde er enige med de forslag der kommer fra arbejdsmedicineren.

I Solrød oplever man de to forskellige indgangsvinkler som konfliktskabende. Her efterlyses en understøttende funktion i forhold til borgerens funktionskompetencer og ikke på begrænsninger. I Solrød oplever sagsbehandlerne det som en udvidet konflikt af den opståede låste situation hvis udredningens konklusion bliver, at der kan være tale om en nedsat arbejdsevne. Den rolle arbejdsmedicinerne tillægges er en klar diagnose hvor ud fra det klarlægges hvilke funktioner borgeren kan varetage således at konklusionen i højere grad har fokus på borgerens funktionskompetencer. I Solrød ønsker sagsbehandlerne i højere grad en indgangsvinkel der kan understøtte den låste situation der er opstået i sagsforløbet, med konkrete anvisninger på hvilke funktioner den pågældende borger kan varetage i et fastholdelsesforløb og man ønsker en større indflydelse på hvad der kommer til at stå i konklusionen.

De to forskellige visitationskriterier ”Låste situationer” og ”diffuse diagnoser” kan være en medvirkende forklaring på de forskellige opfattelser af rollefordelingen men graden af det opfølgende arbejde syntes også at have indflydelse. I Greve har Arbejdsmedicinsk Afdeling intensiveret ressourcer til opfølgningssamtaler. Det fremgår at der er stor tilfredshed med dette samtidig med at sagsbehandlerne oplever de selv er blevet bedre til at benytte arbejdsmedicineren i det opfølgende forløb. Hvor noget tilsvarende efterlyses i Solrød kommune, her kommer sagsbehandlerne med en fremtids idé om rundbordssamtale med borger arbejdsmediciner og sagsbehandler ”et frirum hvor alle tre taler sammen og hører de samme ting”. Det kunne tolkes i retning af den praksis der har udviklet sig i Greve kommune med opfølgende rundbordssamtaler.

### *Det videre samarbejde skal være et projekt*

Solrød vil gerne fortsætte et systematisk samarbejde med Arbejdsmedicinsk Afdeling men med nogle justeringer. Her fremhæves det som vigtigt at den tilgang Arbejdsmedicinsk Afdeling anvender i sin undersøgelse hvor samtalen udgør en stor del af denne ”bør forklares tydeligere for borgeren.” I Greve ved man ikke hvad fremtidsperspektivet er og hvad ledelsen har tænkt sig, men sagsbehandlerne vil klart anbefale en fortsættelse af projektet. Hvis ikke ledelsen fastholder projektet mener man det vil dø ud og bliver en ydelse på lige fod med andre der købes. Det kan bære så længe de sagsbehandlere, der har været involveret og kender effekten er med i det, men nye kollegaer kender den ikke. Dette synspunkt understøttes af erfaringer fastholdelsesprojektet har gjort sig med Gundsø kommune hvor koordinatoren mener at Gundsø er faldet ud af projektet bl.a.på grund af fravær af mellemledere til at bære projektet videre når sagsbehandlerne skiftes ud. Arbejdsmedicinsk Afdeling ser det som vigtigt at fastholde den projekttankegang der ligger i fastholdelsesprojektet, da det er den der sikrer dialogen. Hvis den del forsvinder og Arbejdsmedicinsk Afdeling blot indgår som en del af driften mener man det mister sin mission.

### **Analyse og konklusion: Social læring i projekt arbejdsfastholdelse**

Vores analyse af resultaterne af evalueringen af projekt arbejdsfastholdelse har vi valgt at formulere som et spørgsmål om hvorvidt der i projektet har foregået en social læring. I evalueringen har vi ikke materiale, der kan dokumentere en absolut effektivitet af projektets indsats igennem sammenligning med kontrolgrupper.

Kontrolgruppesammenligninger vil imidlertid i en undersøgelse som denne aldrig være helt valide, da de ikke kan måle den kvalitative side af eksperimentets resultater. Det er derimod denne kvalitative side vi sigter imod med nærværende evaluering, hvorfor vi sætter fokus på bred social læring ( i modsætning til organisatorisk læring – se nedenfor) eller eksperimentaktørernes egne kompetenceudviklingsprocesser, som er knyttet til subjektive oplevelser i eksperimentet.

Ved social læring forstår vi oparbejdelse af viden og kompetencer, som manifesterer sig i de samspillende aktørers (personers og institutioners) kulturelle rutiner og arbejdsgange. Det har fundet social læring sted når samspillende aktører i kommunikative processer har indstillet sig på nye arbejdsgange, der opleves af alle parter som mere tilfredsstillende. Social læring bliver i

organisationslitteraturen også betegnet med begrebet organisatorisk læring (Argyris 1993). I denne betydning af begrebet betones at læring kan måles på resultatsiden i organisationens eller projektets output eller effektivitet. Social læring bliver i den betydning et pragmatisk begreb, der beskriver hvordan en organisation eller et projekt igennem kommunikation bliver bedre til at løse sine opgaver. I denne definition forudsættes det således at det er muligt at etablere relativt entydige formålsrationaliteter i organisationen eller projektet. I projekt arbejdsfastholdelse kan det ud fra en umiddelbar betragtning synes muligt at definere en formålsrationalitet, som bundet til

- a) hurtigere sagsbehandling med henblik på genintegration på arbejdsmarkedet efter sygdom
- b) flere vellykkede sager, der ender med genintegration på arbejdsmarkedet efter sygdom

Ser vi på det empiriske materiale fra evalueringerne viser det sig imidlertid temmelig vanskeligt at vurdere graden af social læring i forhold til disse to målsætninger. Til den første målsætning om hastigheden af sagsbehandlingen viser det sig umuligt på et tidligt tidspunkt at afgøre, hvilke sager, der vil trække i langdrag, og som derfor kunne have gavn af projektets sagsbehandling; i stedet er det i stigende grad sådan, at de sager der overhovedet kommer ind i projektet først lader sig identificere relativt sent i et forløb, og da er det allerede blevet ”langsomme” sagsbehandlinger. I hvilken grad, der i disse særligt komplekse sagsbehandlinger sker en hurtigere genintegration på arbejdsmarkedet lader sig ganske enkelt ikke måle, fordi der ikke findes et egnet sammenligningsgrundlag. Årsagen hertil er at visitationen er subjektiv. Havde der været en situation hvor alle sygemeldinger var inde over projektet ville det have været muligt. Men det har fra starten været en klar præmis i projektet at visitationen ikke er en uafhængig variabel, men derimod noget der i projektet skulle forhandles imellem projektaktørerne.

Heller ikke den anden målsætning om at få flere sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet kan danne udgangspunkt for en sådan entydig vurdering af formålsrationaliteten. Som vi kan se i det empiriske materiale er der ofte tvivl om den bedste løsning er 1) tilbagevenden til et job, eller om det er 2) at finde et fleksjob eller om det i virkeligheden er 3) at etablere en førtidspension for den syge. Dermed er kriterierne for en succesfyldt sagsbehandling i sig selv til forhandling, da kriterierne baserer sig på skøn og da det kræver et større tidsperspektiv end det foreliggende at vurdere i hvilken grad de forhandlede slutløsninger på sagsbehandlinger faktisk er de bedste. Eksempelvis viser forskning at socialforvaltninger i mange tilfælde presser folk med sygdomme til at varetage

jobs, som set i et lidt længere perspektiv giver negative følger på deres livskvalitet (Ellen Ryg Olsen 2005).

Konklusionen er således, at det ikke lader sig gøre at måle projektets organisatoriske læring i den forstand, at der kan identificeres stigende kompetencer til at indfri projektets formål på en mere effektiv måde.

Vi må derfor nødvendigvis bevæge os over i et lidt andet betydningsindhold i begrebet social læring, nemlig der hvor social læring forstås som aktørkredsens bedre evne eller kompetence til at opnå fælles forståelse af, hvordan de forskellige perspektiver kan komplementere hinanden herunder evnen til at håndtere forskelligheder på en måde, der ikke blokerer – men måske snarere udvikler selve forhandlingen eller kommunikationen. Kriterierne for en social læring i denne betydning handler således ikke om formålsrationalitet, men om åbenheden eller kooperationen i samspillet selv, herunder tydeliggørelse af de kulturelle rutiner og udvikling af arenaer, hvor forskellighederne er i stand til på en fælles tilfredsstillende måde at omsætte sig i en sagsbehandling, der opleves som noget der bidrager til forøgelse af borgernes velfærd. I denne opfattelse af social læring, som bl.a. har et udspring hos den tyske socialpsykolog Regina Becker Schmidt (1982) anerkendes det således at de forskellige deltagere i projekter/organisationer har modsætningsfyldte og måske også konfliktende udgangspunkter for deres samspil eller kooperation og at læringen grundlæggende handler om at skabe en kultur og nogle arenaer hvor disse modsigelser og konflikter bliver udviklende frem for lammende. Sagt på en anden måde så foregår der en social læring når modsigelser, konflikter og forskelligheder bliver udgangspunkt for fælles bevægelse og udvikling (Nielsen, Kurt Aagaard og Nielsen, Birger Steen 2007).

Vi kan med denne begrebspræcisering stille spørgsmålet om der i projekt arbejdsfastholdelse har foregået en social læring?

Ser man umiddelbart på de to idealtypiske forløb som har fundet sted i henholdsvis Greve og Solrød kommuners brug af projektet arbejdsfastholdelse, viser der sig to temmelig forskellige profiler af social læring.

I Greve kommune er der ved at udvikle sig en fælles forståelse af visitationen dvs. der foregår dialoger imellem sagsbehandlerne og arbejdsmedicinerne om visitationskriterier – først og fremmest manifesteret i de kontinuerlige samtaler som den faste arbejdsmediciner fører med de involverede sagsbehandlere. Den oprindelige ide om at tage arbejdsmedicinerne ind meget tidligt i

et forløb bliver i enighed forladt, fordi sagsbehandlerne ikke tidligt er i stand til at forudsige hvilke sager, der kan blive lange og kræve arbejdsmedicinsk involvering og hvilke ikke. Visitationen bliver således i Greve udviklet som en social læring, der resulterer i en begyndende ny rutine: først når sagsbehandlerne kan se om en sag er kompleks – og det kan de i reglen først efter et stykke tid – bliver det besluttet at drage arbejdsmedicinerne ind i billedet.

Ideen med at etablere rundbordssamtalerne som et vigtigt element i projektet har i Greve udviklet sig i en retning, som bryder med den oprindelige ide om rundbordssamtaler – nemlig at arbejdsplads, sagsbehandlere, arbejdsmedicinere og borgere (og evt. flere) på samme tid drøftede optimering af en sagsbehandling. Det står ikke helt klart i interviewene, hvorfor denne intenderede praksis forlades, men det er igennem dialoger imellem sagsbehandlerne og arbejdsmedicinerne, at kontakterne til arbejdspladserne i stedet varetages af jobkonsulenterne, frem for i den ortodokse model af en rundbordssamtale. Rundbordssamtalen bliver således i Greve til en praksis der ikke involverer en arbejdsplads repræsentant. Den gennemføres som en kommunikation om sagsbehandling oftest imellem sagsbehandler, arbejdsmediciner og borger – og i enkelte tilfælde også med inddragelse af fagforening eller egen læge. Det fremgår af interviewene at sagsbehandlerne og arbejdsmedicinerne oplever denne praksis som bekvem og frugtbar, mens vi ikke har noget billede af om denne praksis også tager sig tilfredsstillende ud set fra borgerne synsvinkel. Vi kan således ikke helt afkræfte det billede som første evalueringsrundt efterlod – nemlig at borgerne har meget store vanskeligheder ved at overskue deres egne sagsforløb. Fraværet af Greve borgere i 2.den rundes fokusgruppeinterview kunne indicere at problemet var blevet mindre, men der er ikke noget særligt sikkert indicium.

Vi skønner ud fra vort materiale at den sociale læring, der har fundet sted i Greve kommune omkring projekt arbejdsfastholdelse primært har haft sagsbehandlerne og arbejdsmedicinerne som udgangspunkt, mens vi savner at borgerne er inddraget i den sociale læreproces – både hvad angår de rutiner, der udvikles i forhold til visiteringen og i forhold til måden, hvorpå rundbordssamtalerne gennemføres.

I Solrød kommune ser vi et noget anderledes og for projekt arbejdsfastholdelse mere pessimistisk billede. Den sociale læring omkring visitationen er meget vanskelig at få øje på. Her ser det ud som om det er sagsbehandlerne alene, der afgør hvilke kriterier, der skal bruges for at inddrage

arbejdsmedicinerne. Det er i stigende grad blevet en markedsbestemt relation: hvornår finder den enkelte part – sagsbehandlerne – ud fra sit perspektiv, at man vil købe en serviceydelse fra arbejdsmedicinsk Afdeling. Dialogen om visitationen er fraværende. Det gælder også inddragelsen af borgerne selv. Sagsbehandlerne har en opfattelse af egen rolle som ”at skubbe til en tilbagevenden til arbejdsmarkedet igennem positive krav”. Står denne forståelse af sagsbehandlingens rationalitet alene bliver der ikke åbnet for social læring, fordi andre perspektiver på sagsbehandlingen fremtræder som ødelæggende for dette primære perspektiv.

Også i forhold til Rundbordssamtalerne er der tale om et fravær af social læring – som jo sådan set ligger i rundbordskonceptets grundforståelse. Det er således også helt konsekvent at rundbordssamtalerne helt er ophørt i Solrød kommunes deltagelse i projekt arbejdsfastholdelse. Forklaringen til at Solrød Kommune ikke indgår socialt lærende i samspil med arbejdsmedicinsk Afdeling skal formodentlig søges i at kontakten vedr. projekt arbejdsfastholdelse ikke har omfattet alle niveauer i Solrød Kommunes Socialforvaltning. Derfor har forløbet af Kooperationen i projektet haft svært ved at etablere et metaperspektiv. Praksisserne i projektet har derimod udviklet sig reaktivt dvs drage kortsigtet læring fra sag til sag.

Metaperspektivet på projektet har i samspillet med Greve Kommune været opretholdt igennem en kontinuerlig god personlig kontakt mellem sagsbehandlerne og Arbejdsmedicinsk Afdeling. Men i begge ”cases” ville der formodentlig have været vundet meget, hvis der blev etableret en egentlig dialogarena, hvori såvel de praktisk samarbejdende aktører som socialforvaltningernes overliggende system var involveret.

Der er i sammenligning med Greve Kommune her de samme – men mere sikre - billeder på at inddragelsen af borgerne i en social læring er fraværende. Fokusgruppeinterviewene bekræftede at borgerne ikke har været nogen ”stemme” i forhold til fastlæggelse af kriterier for hvem, der skal visiteres og hvem der ikke skal. Brugerindflydelse har ganske vist ikke været en målsætning for projektet, men ud fra en udviklings- eller læringsbetragtning ville projektets egne målsætninger formodes at være kommet mere succesrigt hjem, hvis der havde været indbygget et forsøg at etablere en sådan brugerindflydelse.

Samlet konklusion: Projekt arbejdsfastholdelse har med eksemplet fra Greve vist at der kan foregå en social læring, men at den har store vanskeligheder ved også at omfattede borgerne som en aktiv

part i udvikling af nye rutiner. Måske er det lige frem en systemfejl i projektet at borgernes stemme ikke kommer på banen i kollektiv form, men kun som individualiseret sag. Det kunne være ønskeligt om der i projektets grundfundament var en mere indbygget participatorisk konstruktion, som gav borgerne stemme i udviklingen af arbejdsgange og sagsrutiner. Det kunne være den samme participatoriske konstruktion, som gav ramme for metadialoger, der involverer overordnede led i de kommunale forvaltninger.

## Litteraturliste

Argyris, C, (1993): On Organisational Learning. Blackwell.

Becker-Schmidt, Regina (1982): Modsætningsfyldt realitet og ambivalens. Kvinders arbejds erfaringer i fabrik og familie. Tidsskriftet udkast nr 2.

Olsen, Ellen Ryg (2005): Syge på tvangsarbejde – om behandling af førtidspensionsansøgere. Gyldendal.

Nielsen. Kurt Aagaard & Nielsen , Birger Steen (2007): Demokrati og naturbeskyttelse – dannelse af fællesskaber gennem social læring. Forlaget Frydenlund.







## Bilag 3

Side 1 af 3

(Modtager, borger)

### Din hjælp ønskes !

#### Baggrund

"Projekt arbejdsfastholdelse" er et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus og Greve, Køge, Solrød og den tidligere Gundsø kommune.

Du har deltaget i Projekt arbejdsfastholdelse, hvis du fra en af de nævnte kommuner har været henvist til Arbejdsmedicinsk afdeling som led i en afklaring af dine erhvervs muligheder. Oplysning om dit navn har jeg fra Projekt arbejdsfastholdelse, der er godkendt af Datatilsynet (se evt. på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk), journalnummer 2004-53-0927).

#### Din hjælp – et interview

Som en del af evalueringen af projektet interviewer jeg sagsbehandlere, læger og et tilfældigt udvalg af de borgere, der har deltaget i projektet. Jeg håber således at måtte interviewe dig om dine erfaringer med sagsbehandlingen i kommunen, besøget på Arbejdsmedicinsk afdeling og forløbet i det hele taget, men også om dit syn på arbejde og sygdom.

Interviewet vil have en varighed af ca. 45 minutter. Og du kan - stort set - selv bestemme tid og sted, så vil jeg være der! Du skal bare melde tilbage til mig – se nedenstående.

#### Fortrolighed og frivillighed

Det er selvfølgelig helt frivilligt om du vil lade dig interviewe. Alt hvad der siges under interviewet behandles anonymt og fortroligt, også i den senere formidling.

#### Tilbage melding og afrapportering

Under interviewet vil jeg tage noter ud fra hvad du siger. Hvis jeg er i tvivl om noget, spørger jeg med det samme, om jeg har forstået det rigtigt.

Senest to dage efter interviewet modtager du mine renskrevne noter. Jeg kan have misforstået noget, og du vil så have mulighed for at rette, slette eller tilføje i teksten. På denne måde kommer jeg til at have et "godkendt interview" i noteform og evt. med enkelte citater. Noterne vil fremstå anonymiserede, og det er kun dig og mig, der ved, hvem der er blevet interviewet.

Interviewene skal være i hus i august-september 2007. Til efteråret planlægger jeg et seminar / en konference, hvor resultaterne fra undersøgelsen vil blive præsenteret. Som interviewet vil du blive inviteret til semina-

Dato: Maj 2007

J.nr.:

#### Arbejdsmedicinsk Afdeling

Lykkebækvej 1

4600 Køge

Tlf.: 5663 1500

rask@ra.dk

[www.rs-roskilde.dk](http://www.rs-roskilde.dk)

Tlf.: 4732 2900

Fax: 5663 1502

Direkte e-mail: [rkac@ra.dk](mailto:rkac@ra.dk)

[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

ret / konferencen. Der kan eventuelt blive tale om arbejdsfrikøb, hvis du har en arbejdsgiver, der skal kompenseres. Desuden vil resultaterne indgå i en eller flere artikler og i mindst én skriftlig afrapportering, der bliver offentlig tilgængelig.

### **Hvis du er i tvivl om noget**

På de vedlagte to sider ser du min "Interviewguide". Her kan du se hvad jeg vil spørge om.

Hvis du i øvrigt har spørgsmål eller vil vide mere om undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte mig på telefon 47 32 29 02 eller 26 39 10 53 eller på [rkacl@ra.dk](mailto:rkacl@ra.dk).

Du kan også kontakte projektansvarlig overlæge Peder Skov på 47 32 29 00.

Endelig kan du læse mere om projektet på [www.arbejdsfasholdelserask.dk](http://www.arbejdsfasholdelserask.dk).

### **Til sidst**

Jeg håber at høre fra dig, og helst senest **onsdag d. 15. august**.

Du kan benytte vedlagte slip og svarkuvert (porto er betalt). Men må også gerne bare ringe eller emaile til mig om hvorvidt du vil hjælpe, så vi kan aftale et tidspunkt.

Med venlig hilsen

Aksel Skovgaard Clausen  
Projektkoordinator og ph.d. studerende  
Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus

Køge, den 5. september 2007

(modtager, sagsbehandler)

### Baggrund

”Projekt arbejdsfastholdelse” er et samarbejde mellem Greve, Gundsø, Køge, Solrød, Roskilde og Skovbo kommuner. Læs evt. om projektet på [www.arbejdsfastholdelserask.dk](http://www.arbejdsfastholdelserask.dk). Som en del af evalueringen af projektet søger jeg at afdække vilkårene for sagsbehandlingen i sager med langvarigt sygemeldte, dvs. betingelser, problemer og muligheder i dit arbejde i din hverdag. Jeg interviewer flest mulige af de sagsbehandlere, som de forløbne fire år har arbejdet i en af de nævnte kommuner – uanset om de har arbejdet med projektet eller ej.

### Din hjælp – et kort interview

Det er vigtigt, at flest mulige sagsbehandlere deltager. Da jeg ved, at du og dine kolleger kan have travlt, og ikke nødvendigvis kan afse lang tid til at deltage, har jeg valgt at lade interviewet have en varighed af ca. 30 minutter. Og du kan - selv bestemme tid og sted, så vil jeg være der! Det er muligt at lade sig interviewe sammen med en eller to andre sagsbehandlere. I så fald skal det være fordi du ønsker at lade dig interviewe sammen med den eller disse.

### Fortrolighed og frivillighed

Det er selvfølgelig helt frivilligt om du vil lade dig interviewe. Alt hvad der siges under interviewet behandles anonymt og fortroligt.

### Tilbage melding og afrapportering

Under interviewet vil jeg tage noter ud fra hvad du siger. Hvis jeg er i tvivl om noget, spørger jeg med det samme, om jeg har forstået det rigtigt.

Dagen efter interviewet modtager du mine renskrevne noter. Jeg kan have misforstået noget, og du vil så have mulighed for at rette, slette eller tilføje i teksten. På denne måde kommer jeg til at have et ”godkendt interview” i noteform og evt. med enkelte citater. Noterne vil fremstå anonymiserede, og det er kun dig og mig, der ved, hvem der er blevet interviewet.

Interviewene skal være i hus senest i september 2007. 19. november afholdes et seminar / en konference, som du vil blive inviteret til, og hvor resultaterne fra undersøgelsen vil blive præsenteret. Desuden vil resultaterne indgå i en eller flere artikler og i mindst én skriftlig afrapportering, der bliver offentlig tilgængelig.

### Hvad gør du nu

På de følgende to sider ser du min ”Interviewguide”. Her kan du se hvad jeg vil spørge om. Jeg håber du vil deltage. **Jeg beder dig derfor kontakte mig** for at vi kan aftale en tid til interview. Du kan også kontakte mig, hvis du i øvrigt har spørgsmål eller vil vide mere.

Jeg sidder på telefon 47 32 29 02 (arbejde direkte) eller 26 39 10 53 (mobil) og på [rkael@ra.dk](mailto:rkael@ra.dk).

Med venlig hilsen

Aksel Skovgaard Clausen  
Projektkoordinator og ph.d. studerende  
Arbejdsmedicinsk afdeling, Køge Sygehus

---



# Interviewguide - borgere

(Temaer står med **fed** skrift, konkrete spørgsmål, der vil blive stillet, med almindelig skrift)

Alle spørgsmål vil situationsbestemt og i varierende omfang blive fulgt op med "kan du uddybe det...?" eller "kan du fortælle mere om det..?"

Interviewet søges afviklet som en "brainstorm", hvor vi skal søge at holde os så tæt til temaerne som muligt.

## Temaer og spørgsmål

### **1. Om forholdet til arbejde alt i alt**

Hvad er et godt arbejde for dig? Giv eksempler på, hvad der gør et arbejde godt! Uddyb...? Kan du komme med eksempler?

Hvad er et mindre godt arbejde for dig? Giv eksempler! Uddyb...?

Er der noget du synes er særligt godt at arbejde med? Er der omvendt noget du synes der er mindre rart at arbejde med?

### **2. Om prioriteringen af din sygedagpengesag**

Hvordan synes du din sygedagpengeforløb er blevet håndteret fra kommunens side? Har der været noget, der kunne gøres bedre? Har der været mindre gode oplevelser? Har der været særligt gode oplevelser i forløbet? Uddyb...?

Føler du, at de i kommunen har forstået årsagen til din sygemelding og at de har ydet en god indsats?

### **3. Om hvad eller hvem der bestemmer mest i sygedagpengesager**

Hvem eller hvad føler du har haft størst indflydelse på, hvordan forløbet har været? (sygdom, lovgivning / regler, sagsbehandleren, dig selv, arbejdsgiver, andre / andet...?)

Føler du at din sygedagpengesag er blevet behandlet på den rigtige måde eller ud fra de rigtige kriterier?

**4. Om sagsbehandlingens niveau**

Føler du at sagsbehandleren var tilstrækkeligt klædt på til arbejdet? Hvis ikke, hvilke områder (eller eksempler) kan du give på, at det ikke er tilfældet?

**5. Om sygdomsopfattelse**

Hvad forstår du ved sygdom? Giv gerne eksempler på hvad du opfatter som sygdom. Og eksempler på noget du mener ikke er sygdom?

**6. Om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation**

Hvor mange år har du været på arbejdsmarkedet?

Hvordan synes du din arbejdssituation og arbejdsliv er blevet inddraget i sagsbehandlingen?

Hvordan synes du din sygdomssituation er blevet inddraget i sagsbehandlingen?

**7. Om perspektiver og muligheder i sagsbehandlingen**

Ser du behov for en anden eller bedre sagsbehandling hvis det var muligt, og hvordan kunne det blive bedre? Skal der fx inddrages flere / færre fagfolk, laves andre typer samarbejder, skal der bruges mere eller mindre tid på visse ting, eller...?

**8. Om forventninger til sagsbehandlingen og praksis**

Forestil dig, at du var tilbage i tiden lige da du blev sygemeldt.

Hvilke forventning havde du til sagsbehandlingen? Synes du sagsbehandlingen stemmer godt overens med det du forestillede dig?

**9. Om Projekt arbejdsfastholdelse**

Hvordan har du oplevet det at være med i projektet? Som en hjælp til dig? Som noget forsinkende? Hvad har været godt? Hvad har været mindre godt? Uddyb..?

Har projektet haft nogen indvirkning på, hvordan du tænker på dig selv som sygemeldt? Uddyb..?

(Tak for interviewet!)

# Interviewguide - sagsbehandlere

(Temaer står med **fed** skrift, konkrete spørgsmål, der vil blive stillet, med almindelig skrift)

Alle spørgsmål vil situationsbestemt og i varierende omfang blive fulgt op med ”kan du uddybe det...?” eller ”kan du fortælle mere om det..?”

Interviewet søges afviklet som en ”brainstorm”, hvor vi skal søge at holde os så tæt til temaerne som muligt.

## Temaer og spørgsmål

### **1. Om arbejdet alt i alt**

Hvad er en god arbejdsdag for dig? Giv eksempler på, hvad der sker en sådan dag! Uddyb...?

Hvad der en mindre god arbejdsdag for dig? Giv eksempler på, hvad der sker en sådan dag! Uddyb...?

Er der noget du synes er særligt godt at arbejde med? Er der omvendt noget du synes der er mindre rart at arbejde med?

### **2. Om hvordan sager prioriteres / visiteres**

Hvordan fordeles sagerne mellem jer (sagsbehandlere)? Andre måder end CPR-fordeling? Har I interne visitationskriterier?

### **3. Om grad af selvstændighed i arbejdet og arbejdstilrettelæggelsen**

Hvem eller hvad bestemmer mest i afgørelser i sygedagpengesager?

Hvor mange af dine sygedagpengesager gennemgår du med dine kolleger eller nærmeste leder? Hvilke slags sager gennemgår du med andre? Oplever du at andre blander sig i dine sager? I givet fald: Hvordan sker det?

### **4. Om vidensniveau, uddannelse og faglighed i sagsbehandlingen**

Oplever du situationer, hvor du ville ønske du var klædt bedre på til at håndtere arbejdet? Eksempler? Hvad med lovgivningen? Hvad med IT? Hvordan med

indstillinger til førtidspension? Eller fleksjob ? – arbejder du / I med mulighed for arbejdsprøvning i eget job?

### **5. Om sygdomsopfattelse**

Hvad forstår du ved sygdom? Giv gerne eksempler på hvad du opfatter som sygdom. Og eksempler på noget du mener ikke er sygdom?

### **6. Om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation**

Hvad forstår du ved en borgers arbejdssituation og arbejdsliv?

Hvordan indgår borgerens arbejdssituation og arbejdsliv i sagsbehandlingen?  
Hvordan indgår borgerens sygdomssituation i sagsbehandlingen?

Hvad vægter mest i sagsbehandlingen: Arbejdsliv eller sygdomssituation?

### **7. Om perspektiver og muligheder i sagsbehandlingen**

Ser du behov for en anden eller bedre sagsbehandling hvis det var muligt, og hvordan kunne det blive bedre? Skal der fx inddrages flere / færre fagfolk, laves andre typer samarbejder, skal du bruge mere eller mindre tid på visse ting, eller...?

### **8. Om forventninger til arbejdet og praksis**

Forestil dig, at du er tilbage til tiden før du begyndte på uddannelsen / arbejdet. Hvorfor ville du gerne være sagsbehandler / socialrådgiver?

Synes du arbejdet stemmer godt overens med det du forestillede dig?

**(Følgende spørgsmål kun til sagsbehandlere, der har været involveret i Projekt arbejdsfastholdelse)**

### **9. Om Projekt arbejdsfastholdelse**

Har du prøvet at nogle af dine sager er gået igennem ”Projekt arbejdsfastholdelse”? I givet fald: Hvordan har du oplevet det? Som en hjælp i sagerne? Som en forsinkelse? Hvad har været godt? Hvad har været mindre godt? Uddyb..?

Hvordan tror du borgerne har oplevet at være igennem projektet? Har projektet haft nogen indvirkning på, hvordan du tænker i sager med sygemeldte borgere? Uddyb..?

(Tak for interviewet!)



# Interviewguide - læger

(Temaer står med **fed** skrift, konkrete spørgsmål, der vil blive stillet, med almindelig skrift)

Alle spørgsmål vil situationsbestemt og i varierende omfang blive fulgt op med "kan du uddybe det...?" eller "kan du fortælle mere om det..?"

Interviewet søges afviklet som en "brainstorm", hvor vi skal søge at holde os så tæt til temaerne som muligt.

## **Temaer og spørgsmål**

### **1. Om arbejdet alt i alt**

Hvad arbejder du med? Hvilke typer patienter har du?

Hvad er en god arbejdsdag for dig? Giv eksempler på, hvad der sker en sådan dag!  
Er der noget du synes er særligt godt at arbejde med? Uddyb...?

Hvad der en mindre god arbejdsdag for dig? Giv eksempler på, hvad der sker en sådan dag!  
Er der omvendt noget du synes der er mindre rart at arbejde med?  
Uddyb...?

### **2. Om forventninger til arbejdet og praksis**

Forestil dig, at du er tilbage til tiden før du begyndte på uddannelsen / arbejdet.  
Hvorfor ville du gerne være læge?

Synes du arbejdet stemmer godt overens med det du forestillede dig?

### **3. Om sygdomsopfattelse**

Hvad forstår du ved sygdom? Giv gerne eksempler på hvad du opfatter som sygdom. Og eksempler på noget du mener ikke er sygdom?

Kan du give nogle bud på, hvilke hovedtendenser eller udviklinger der er sket de seneste 10-20-30 år i patientbehandlingen som du har oplevet og reflekteret over det? Både inde for dit speciale og sammenlignet med andre specialer.

Har din og / eller dine kollegers sygdomsforståelse ændret sig de seneste par årtier og hvordan? Beskriv nærmere? Uddyb..? Fra hvad til hvad? Og hvad med ikke-lægers sygdomsforståelse? (patienter/ borgere, sagsbehandlere aktører, politikere, fagforeninger, arbejdsgivere mfl.).

### **4. Om perspektiver og muligheder i arbejdet**

Ser du behov for en anden type indsats over for langvarigt sygemeldte end standarden i dag? Og hvis det var muligt, og hvordan kunne det blive bedre? Skal der fx inddrages flere / færre fagfolk, laves andre typer samarbejder, skal du bruge mere eller mindre tid på visse ting, eller...?

*(Følgende spørgsmål kun til læger, der har været involveret i interventionsprojekter med henblik på arbejdsfastholdelse)*

### **5. Om interventionsprojekter**

Hvordan har du oplevet interventionerne? Som noget der hjælper i sagerne? Som en forsinkelse? Hvad har været godt? Hvad har været mindre godt? Uddyb..?

Hvordan tror du borgerne har oplevet at være igennem projektet? Har projektet haft nogen indvirkning på, hvordan du tænker i sager med patienter? Uddyb..?

Hvordan tror du sagsbehandlerne har oplevet at være igennem projektet? Har projektet haft nogen indvirkning på, hvordan du tænker i sager med patienter? Uddyb..?

Hvordan kan eller skal projekterne udvikles så de kan gøres bæredygtige? Hvad skal der til, for at projekters gode ideer kan forankres permanent? Muligheder og barrierer?

(Tak for interviewet!)

# Protokol

Fremtidsværksted 19. november 2007 på RUC

*'Den gode sagsbehandling ved langtidssygdom og nedsat  
erhvervsevne'*

## Deltagere

Aksel Skovgaard Clausen, værkstedssekretær  
Elsebeth Hofmeister, værkstedsleder, RUC  
Kurt Aagaard Nielsen, værkstedsleder, RUC  
Læge, Arbejdsmedicinsk Afdeling, Køge Sygehus  
8 sagsbehandlere Jobcenter Køge  
3 sagsbehandlere, Jobcenter Greve  
3 borgere, Greve  
1 borger, Køge

## Program

9.00 Velkomst

9.30 Introduktion til fremtidsværkstedet

9:50 Kritikfasen

- Problemkatalog
- Stikord
- Afrunding

10:15 Utopifasen

- Opvarmning
- Stikord
- Prioritering
- Temaer

12.15 Frokost

13.00 Utopigrupper

14.00 Præsentation af utopier

14.45 Kaffe

15.00 Virkeliggørelse

- Handleforslag
- Præsentation af handleforslag

16.00 Afrunding

### **Fremtidsværkstedets regler**

#### *Kritikfase:*

Vi er konsekvent negative.  
Diskussionsforbud.

#### *Utopifase:*

Alt kan lade sig gøre. Vi sætter  
vore drømme og ønsker i centrum

#### *Virkeliggørelsesfase:*

Vi holder fast i vore ønsker.

Begynder skridt for skridt at lave handleplaner

### **Kritikfase**

Overskrift: ”Hvad er vi utilfredse med?”

(Punkter kommer fra problemkatalog og fra fælles brainstorm).

Forskellige forventninger til hinanden  
Forskellige ”kasser” i sagsbehandlingen  
Der er ikke nogen behandling  
For stram lovgivning  
Minus fleksible løsninger pga. regler  
Læger udtaler sig om noget  
de ikke kan tage ansvar for  
Samlet forløb tager for lang tid  
”Man ligger som man har redt”  
For meget ventetid  
Kortslutning fra diagnoser til funktionsevne  
Forskellige syn på formålet med samtale  
Man blander sig i hinandens fagområder  
Minus fælles ansvar  
Sagsbehandlingen tager så lang tid, at man falder ud af systemet  
Modstridende udsagn fra læger og andre om det samme  
For lidt tid til borgerkontakt  
Der lyttes for lidt  
For meget tro på at alle problemer kan ’fixes’  
Formelle hindringer  
Ikke optimal IT  
Mangler bisidder  
For lidt holistisk behandling  
For lidt fokus på samlede situation  
Nogle sagsbehandlere spiller læge

Manglende forståelse for sygdommens betydning for aktuel erhvervsevne  
Der bliver ikke altid lyttet til borgernes ønsker  
Lægen lægger ansvaret over på kommunen  
Opfølgningstiden overholdes for sjældent  
Mindre gode journaler  
For mange administrative opgaver  
Manglende besked om hvad der skrives i journalen  
Manglende match mellem borgernes ønsker og konkret arbejdsprøvning  
Opfølgning eller svar udebliver  
Borgerne kommer i klemme mellem kasser  
Dokumentation fra arbejdsprøvning er utilstrækkelig  
Manglende forberedelse  
For mange kokke fordærver maden  
Overflødig adm. arbejde  
Fordomme om sygdom

Manglende fokus på forudgående arbejdsliv og sygdom  
Praktiserende læge er for lidt på banen  
Sagsbehandlerskift  
For lidt hensyntagen til familien  
Uklare regler, bl.a. vedr. arbejdsprøvning  
Forskelle i hvordan samme regler tolkes

Opvarmning til utopifase:

Hvad kan en vandkande bruges til?  
Vande blomster  
Med i rockorkester  
Alternativt juletræ  
Flyve i  
Håndtaske  
Brusebad  
Champagnebeholder  
Vase  
Adskille fedt og sky  
Musefælde  
Gode råd 25 øre  
Se flere sider af sagen i en vending  
Forslagskasse  
Bo i den  
Dansepartner  
Hørerør  
Krammebamse  
Børnestok  
Øreskylning

Utopifase:

(Overskrift: Hvis vi helt selv kunne bestemme)

### Stikord:

Den positive model tage klienten alvorligt  
Jobkonsulenter med i sagsbehandlingen  
Mere forebyggelse af stressrelaterede sygdomme  
Mere forebyggelse af stressrelateret sygdom hos sagsbehandlerne  
Mere sekretærhjælp  
Mindre bureaukrati i det offentlige  
Supervision af sagsbehandlerne  
Mindre kontrollerende lov.  
Læge tilstede man kan spørge til råds til samtalerne  
Gratis psykolog- og fysioterapibehandling  
Politikere i praktik i kommunen før lovgivning  
Færre adm. opgaver  
Flere informationer om rettigheder og pligter  
Borgermedinddragelse  
Bedre forståelse og lytten til borgerne  
Nedlægger revalidering der ikke er arbejdspladsplaceret  
Der spørges ikke om ting man ved via CPR  
Aldrig ventetid  
Faglige teams i sagsbehandlingen  
Mere kompetence til sagsbehandlingen  
Fokus på at bevare arbejde – møder på arbejdspladsen  
Inddrage familien mere aktivt – information  
Virksomheden tager imod med åbne arme  
Mere plads til etniske borgere  
Privatprakt. læge er altid interesseret i at samarb. og lægge en god plan  
Bredere vift af tilbud til borgerne f.eks. arbejdsprøvn.  
Faglig sparring  
Mindre end 25 borgere pr. sagsbehandler  
Bevidstgørelse i.f.t. borgerne om deres eget ansvar  
Flere personalegoder  
Flere rådgivere til stede første gang  
Lettere at opfylde borgernes ønsker / lempeligere lovgivning  
Brug af familierådsslag. ved sygdom  
Max 25 borgere pr. sagsbehandler  
Altid god forberedelsestid inden der kommer en borger  
Psykisk arb.miljø er så godt, at sagsbehandlerne bliver på arb.pladsen  
Forenkling af lovgivningen  
'Patientuddannelse'/-sted  
Vi mangler aldrig ansatte  
Nye døre åbnes ved sygdom eller nedsat erhvervsevne  
Kend din sagsbehandler  
Man har en sagsbehandler  
Man tør træffe beslutninger uden af vide det hele  
Kommunen overholder sin 'ret og pligt'  
Frit valg af kompetence udvikl. kasser  
Masser af tid til efterbehandl. af samtalen

Utopifase:

(Overskrift: Hvis vi helt selv kunne bestemme)

Prioriteringer: (=afgivne stemmer):

Den positive model - tage klienten alvorligt  
Jobkonsulenter med i sagsbehandlingen  
Mere forebyggelse af stressrelaterede sygdomme I  
Mere forebyggelse af stressrelateret sygdom hos sagsbehandlerne  
Mere sekretærhjælp I  
Mindre bureaukrati i det offentlige I  
Supervision af sagsbehandlerne I  
Mindre kontrollerende lov  
Læge tilstede man kan spørge til råds til samtalerne I  
Gratis psykolog- og fysioterapibehandling  
Politikere i praktik i kommunen før lovgivning  
Færre adm. opgaver  
Flere informationer om rettigheder og pligter  
Borgermedinddragelse  
Bedre forståelse og lytten til borgerne  
Nedlægger revalidering der ikke er arbejdspladsplaceret  
Der spørges ikke om ting man ved via CPR  
Aldrig ventetid  
Faglige teams i sagsbehandlingen IIIIII  
Mere kompetence til sagsbehandlingen  
Fokus på at bevare arbejde – møder på arbejdspladsen I  
Inddrage familien mere aktivt – information I  
Virksomheden tager imod med åbne arme III  
Mere plads til etniske borgere  
Privatprakt. læge er altid interesseret i at samarb. og lægge en god plan I  
Breder vift af tilbud til borgerne f.eks. arbejdsprøvn.  
Faglig sparring I  
Mindre end 25 borgere pr. sagsbehandler IIIIII  
Bevidstgørelse i.f.t. borgerne om deres eget ansvar  
Flere personalegode  
Flere rådgivere til stede første gang I  
Lettere at opfylde borgernes ønsker / lempeligere lovgivning I  
Brug af familierådsslag. ved sygdom  
Max 25 borgere pr. sagsbehandler I  
Altid god forberedelsestid inden der kommer en borger  
Psykisk arb.miljø er så godt, at sagsbehandlerne bliver på arb.pladsen  
Forenkling af lovgivningen  
'Patientuddannelse'/-sted  
Vi mangler aldrig ansatte  
Nye døre åbnes ved sygdom eller nedsat erhvervsevne I  
Kend din sagsbehandler I  
Man har en sagsbehandler I  
Man tør træffe beslutninger uden af vide det hele  
Kommunen overholder sin 'ret og pligt'  
Frit valg af kompetence udvikl. kasser  
Masser af tid til efterbehandl. af samtalen



Utopifase:

(Overskrift: utopitemaer)

(Prioriterede stikord samlet med tilgrænsende stikord i plenum)

Utopitemaer:

## **I Mindre end 25 borgere pr. sagsbehandler**

Kend din sagsbehandler

Man har en sagsbehandler

Familien inddrages mere aktivt / information

Mere forebyggelse af stressrelaterede sygdomme

Supervision af sagsbehandlerne

## **II Faglige teams i sagsbehandlingen**

Flere rådgivere til stede første gang

Faglig sparring

Nye døre åbnes ved sygdom eller nedsat erhvervsevne

Privatprakt. læge er altid interesseret i at samarbejde og lægge en god plan

Familien inddrages mere aktivt / information

Læge til stede man kan spørge til råds til samtalerne

Mere sekretærhjælp

## **III Virksomheden tager imod med åbne arme**

Nye døre åbnes ved sygdom eller nedsat erhvervsevne

Fokus på at bevare arbejde – møder på arbejdspladsen

Læge til stede man kan spørge til råds til samtalerne

Mere forebyggelse af stressrelaterede sygdomme

## **IV Lettere at opfylde borgernes ønsker / lempeligere lovgivning**

Nye døre åbnes ved sygdom eller nedsat erhvervsevne

Læge til stede man kan spørge til råds til samtalerne

Mindre bureaukrati i det offentlige

## **V Mere forebyggelse af stressrelaterede sygdomme**

Mindre bureaukrati i det offentlige

Supervision af sagsbehandlerne

## **VI Mindre bureaukrati i det offentlige (set fra borgerens perspektiv)**

Mere kompetence til sagsbehandlerne

Borgermedinddragelse

Bedre forståelse og lytten til borgerne

(Mindre end 25 sagsbehandlere pr. borger)

Af ovenstående temaer I – IV endte valgte deltagere sig ind på I, II og III, samt VI, der så blev arbejdet videre med i grupper.

Utopifase:

(grupperarbejde)

Præsentation af utopier jf. temaer:

### **I Mindre end 25 borgere pr. sagsbehandler**

Bedre tid – flere personlige samtaler

Opbygge gensidig tillid

Tæt kontakt

Gensidige oplysninger om rettigheder og pligter (borger og sagsbehandler)

Infomøder for syge + familie

Fx borger m. rygproblemer der fortæller sin 'historie' gennem systemet. Mødepligt for sagsbehandler.

Mindre stressfaktor, se tema.

Arbejdsglæde modvirker stress.

Flere hænder, mindre arbejdsbyrde.

Supervision = 'hjælpemiddel'

*'Med fra de andre' (tilføjet i plenum):*

'Empowerment'

Faglige teams

### **II Faglige teams i sagsbehandlingen**

Består af (alle ansatte i jobcentret): Soc.rådg, læge, psykolog, fysio- el. ergoterapeut, jobkonsulent, (tolk, (virksomhed), praktiserende læge, adm. medarbejder.

Inddragelse af teamet (i opfølgningen ): Relevante fagpersoner inddrages når arbejdsevnen er truet (kat. 2 og kat. 3). Inddraget i udfærdigelse af opfølgningsplanen.

Temadage for den sygemeldte: Infomøder om rettigheder og pligter. 'Netværksgrupper' for sygemeldte og familier. Sygdomsteori /-indsigt.

Kurser og projekter (sagsbehandlere og / eller borgere): Stress, bevægeapparat, anden etnisk baggrund, smertetackling, afklaring af arbejdsevne og match til arbejdsmarked, åben rådgivning hos en fagperson.

Minder bureaukrati: teamet skal have kompetence til at iværksætte foranstaltninger / projekter og temadage / kurser

Fordele ved de faglige teams!:

Borger:

Sagen ses ud fra en helhed  
Hurtig bæredygtig handleplan

Relevante kurser  
Kortere sygemeldingstid  
Arbejdsfastholdelse inkl. hjælpemidler

Sagsbeh :

Faglig sparring  
Relevante kurser  
Hurtigere bæredygtig handleplan  
Færre forlængelser

*'Med fra de andre' ( tilføjet i plenum):*

Åbne virksomheder

Færre sager  
Tovholder  
Empowerment

### **III Virksomheden tager imod med åbne arme**

(udsagn på tegning vist med talebobler)

Virksomheden siger:

'Vi gør alt for at forebygge sygdom på virksomheden'  
'Vi er altid klar til at give arbejde med de nødvendige hensyn'  
'Vi kender love +regler + muligheder for vores medarbejdere'

Sagsbehandleren siger:

'Jeg har altid stor fokus på arbejdsfastholdelse'  
'Jeg har tæt samarbejde med alle virksomheder'  
'Jeg har altid tid til mine borgere'  
'Jeg er guide, når mine borgere skal tilbage på arbejdsmarkedet eller fastholdes'

Borgeren siger:

'Jeg vil gerne arbejde'  
'Jeg ved at der altid er plads til mig på en given arbejdsplads'

Lægen siger:

'Jeg samarbejder altid med sagsbehandleren'

'Jeg står altid til rådighed for råd og vejledning'  
'Alle mine patienter kommer altid tilbage i arbejde efter sygdom'

*'Med fra de andre' ( tilføjet i plenum):*  
Alle andre overskrifter  
Sagsbehandleren bliver tovholder

### **VI Mindre bureaukrati i det offentlige (set fra borgerens perspektiv)**

- Indføre empowerment metoder
- Mere tid til borgerne i sagsbehandlingen
- Kommunal tovholder for max 25 borgere, som tager sit af forløbet
- Borgeren skal ikke være den, der bringer kommunale oplysninger videre. 'Går fra kontor til kontor'
- Reel bisidder

*'Med fra de andre' ( tilføjet i plenum):*  
-Faglige teams  
Åben virksomhed

Virkeliggørelse:

(Gruppearbejde)

Præsentation af handlemuligheder:

### **I Mindre end 25 borgere pr. sagsbehandler**

Politisk opbakning = love og regler  
Stat og kommune  
Større kompetence  
Træffe afgørelser  
Kommunalt fremtidsværksted / politikere - ledere – sagsbehandlere – borgere = mindre end 25  
Gevinst: Tilfredse borgere  
Hurtigere afklaring  
Sagsbehandling = glæde (mindre stress)  
Økonomi  
Fastholdelse af medarbejdere  
Etablering af faglige teams.

## II Faglige teams i sagsbehandlingen

### *Samfundsniveau:*

-Gøre politikerne opmærksomme på ønsket om de faglige teams, herunder: Ressourcetilførsel og fordele: Bedre service for borgeren, nedbringelse af udgifter til sygedagpenge, bedre arbejdsvilkår for sagsbehandlerne

-Inddrage interesseorganisationerne, fx SIND, Gigtforeningen

-Fokus på, at der er et behov

-Det lokale beskæftigelsesråd, herunder info til virksomheder om ”utopi åben virksomhed”

### *Organisationsniveau:*

-Omstillingsparate ledere, der skal gøres opmærksomme på ønsket om faglige teams. De skal gå til det politiske niveau

-Omstrukturering / tilførelse af ressourcer. Ledelsen skal ’frigive’ kompetencer til iværksættelse af kurser / projekter

### *Individuelle niveau:* (sagsbehandlere, borgere)

-Orienter kollegaer, gruppeleder og sektionsledere

-Sætte fokus på det tværfaglige samarbejde

-Iværksætte temadage + kurser + infomøder vedr. rettigheder og pligter

-Lave en styregruppe der arbejder videre med ideen

-Opstart af netværksgrupper

## III Virksomheden tager imod med åbne arme

-Øget kontakt mellem jobkonsulent / virksomheder med fokus på rådgivning om muligheder

-Tættere samarbejde mellem jobkonsulenter, rådgivere og borgere

-Virksomhedskonsulenter med fokus på arbejdsfastholdelse

-Karriereafklaring/ kursus i grupper (borgere)

-Ønske om at virksomheder sætter mere fokus på de sociale kapitler - og bruger dem. Det gælder også offentlige virksomheder

-Bedre samarbejde med praktiserende læger, f.eks. temadage om social lovgivning. Borgeren i fokus, langsigtede holdbare løsninger.

## VI Mindre bureaukrati i det offentlige (set fra borgerens perspektiv)

Starte i det små på en afdeling:

### *Empowerment:*

-Med kurser. Besøg i kommuner, der har indført empowerment

-Kræve øgede antal medarbejdere i starten – og måske senere

-Lang tidshorisont

### *Tovholder:*

Kan starte i en afdeling, men involverer også andre afdelinger

Inddrage borgeren i tilrettelæggelsen af forløb mod afklaring med vægt på muligheder og individuelle forløb.

Kvalitetssikring

Kortere tidshorisont.

Virkeliggørelse:

(Plenum)

Det gør jeg / vi:

Orienterer kolleger om forslag til 'faglige teams' og < 25 sager

Prøver at etablere en bruger / borgergruppe

Taler med virksomhedskonsulenterne om hvad de gør i virksomhederne ud over de konkrete sager.

Prøver at få andre med på at arbejde hen i mod empowerment

Bruger ideerne ved omstruktureringer kommunen

## Skabelon

### Fra udsagn i godkendt kondenseret interview til tekst i rapport

#### Trin 1

##### **Alle udsagn fra godkendte interview listes op:**

(Gengiv samtlige udsagn, der kan siges at have med spørgsmålstema at gøre)

#### Trin 2

##### **Læsning af alle udsagn og dannelsen af foreløbige tværgående overskrifter.**

*Foreløbige overskrifter: (Disse nedskrives, typisk 5-15 ord).*

(Afhængig af, hvad der står i teksten. Er en kladde ud fra gennemlæsning, hvor der løbende laves stikord, der kan siges at dække flere udsagn).

#### Trin 3

##### **Redigering og nedkortning af de foreløbige overskrifter. Kan nogle af de foreløbige overskrifter slås sammen fordi udsagnene ligger tæt på hinanden?**

(Beskriv hvilke foreløbige overskrifter fra trin 2, der trækkes sammen, og argumentér for disse sammentrækninger, hvis de ikke er åbenlyse).

*Hermed fås nye overskrifter:*

(De nye overskrifter listes op).

#### Trin 4

##### **Indplacering af tekst under de foreløbige og redigerede overskrifter fra trin 3.**

Kun ét citatafsnit fra hver interviewet under hver overskrift. "(...)" kan bruges til at vise flere tekstudpluk fra samme interviewperson om det samme, men som oprindeligt står med tekst ind i mellem, der ikke er relevant som udsagn under overskriften. Teksterne er udpluk, dvs. at ikke al tekst bruges.

##### **(Ny overskrift 1)**

"Udsagn 1..."

"Udsagn 2..."

### (Ny overskrift 2)

”Udsagn 1...”

”Udsagn 2...”

Osv.

### Trin 5

**Nye overskrifter dannes, så tekstens opbygning svarer til de spørgsmål, teksten skal hjælpe med at besvare:**

Spørgsmålene var: (Spørgsmålene repeteres):

Dannelse af overordnet struktur på teksten jævnfør spørgsmålene. Skal være så systematisk som muligt jævnfør rækkefølge af spørgsmål.

Oplisting af ny struktur på tekst, dvs. nye overskrifter, typisk 3-6 nye overskrifter.

### Trin 6

**De nye og de gamle overskrifter flettes efter en ”kodenøgle” (nye overskrifter med fed):**

#### (Ny overskrift 1):

(Anførelse den gamle overskrift, der hører herunder. Eventuel anførelse af om det er overvejende positive eller overvejende negative udsagn fra overskriften).

#### (Ny overskrift 2)

(Anførelse den gamle overskrift, der hører herunder. Eventuel anførelse af om det er overvejende positive eller overvejende negative udsagn fra overskriften).

#### (Ny overskrift 3)

(Osv.)

### **Opdeling i overvejende positive og overvejende negative udsagn**

Udsagn under de gamle overskrifter kan bestå af overvejende positive udsagn og overvejende negative udsagn, som eventuelt skal indplaceres under forskellige af de nye overskrifter. For eksempel hvis spørgsmålene, der skal besvares, handler om at se på henholdsvis positive og negative sider af samme sag. Dette er imidlertid en vurdering. Hvis der er en stor majoritet af enten de positive eller de negative udsagn under samme nye overskrift, kan man nøjes med at indplacere udsagnene under den overskrift, der beskriver majoritetens udsagn.

Under alle forhold, hvis der *er* opdelinger af udsagn i henholdsvis overvejende positive udsagn og overvejende negative udsagn, beskrives dette her.



Det skal beskrives hvad der sker med "neutrale" eller "intetsigende" udsagn. Disse kan fx puttes ind under overvejende negative udsagn, hvis spørgsmålet, der skal besvares, har et succeskriterium / tese om at gøre en positiv forskel.

Hvis der er opdeling i overvejende positive udsagn og overvejende negative udsagn, skal alle udsagn som udgangspunkt søges lagt ind under én af de to. Er der alligevel "intetsigende" udsagn må disse enten bevidst lægges ind under enten positive eller negative udsagn jævnfør ovenstående (afhænger af spørgsmålet, der skal besvares), eller man må lave en restgruppe af intetsigende udsagn (typisk interviewpersoner, der slet ikke kommer med udsagn inden for overskriften).

Selvom udsagnene således er fordelt som enten overvejende positive og overvejende negative (og evt. som "intetsigende"), kan der i nogle tilfælde ske det, at den samme interviewpersons udsagn inden for samme nye overskrift være både positive og negative. Det kan ske når de første overskrifter dækker over to (eller flere) forhold, der ligger tæt på hinanden (jævnfør trin 3). For eksempel, hvis de to første foreløbige overskrifter "Journalen" og "Opfølgningen", er slået sammen under overskriften "Journalen og opfølgningen", så giver det giver god mening, når udsagnene skal tolkes, da de to overskrifters indhold knytter sig tæt til hinanden. Men der kan være interviewpersoner, der har én mening om journalen og en ganske anden mening om opfølgningen. I disse tilfælde "ophæver" det positive og det negative udsagn *ikke* hinanden og giver *ikke* en "neutral" eller "intetsigende" mening. Derimod må interviewpersonens udsagn deles op, så der er udsagn i både gruppen af overvejende positive og overvejende negative udsagn. Dette giver en relativ overvægtning af disse personers udsagn, som der skal gøres opmærksom på, fx ved at skrive en "\*" ud for et udsagn, der stammer fra en interviewperson, der samtidig har et andet udsagn inden for samme nye overskrift.

### Trin 7

**Teksten under trin 4 redigeres jævnfør trin 5 og 6, og antal udsagn under hver overskrift anføres:**

**(Ny overskrift 1, antal udsagn):**

*(Anfør den gamle overskrift, der hører herunder. Eventuel anførelse af om det er overvejende positive eller overvejende negative udsagn fra overskriften. Antal udsagn der følger herunder).*

"Udsagn 1..."

"Udsagn 2..."

Osv.

**(Ny overskrift 2, antal udsagn):**

*(Anfør den gamle overskrift, der hører herunder. Eventuel anførelse af om det er overvejende positive eller overvejende negative udsagn fra overskriften. Antal udsagn der følger herunder).*

"Udsagn 1..."

"Udsagn 2..."

Osv.

### Trin 8:

**Fra trin 7 udvælges 1-3 citater, der kan siges at dække de øvrige udsagn under hver ny overskrift**

(Overskrifter gentages, der anføres fortsat hvor mange udsagn, der understøtter bestemte meninger).

(Udsagnene gengives).

### Trin 9

**Ud fra trin 7 sammenfattes og konkluderes på udsagnene både om disses substans og antal. Citater fra trin 8 indsættes som illustrative eksempler.**

Nu begynder lyrikken! Der tages udgangspunkt i en opsummering af antal eller ca. andel af udsagn der understøtter bestemte overskrifter.

Overskrifter bevares / rettes evt. lidt til, og men antal udsagn slettes. Der indsættes udsagn fra trin 8, evt. skæres 1-2 udsagn væk efter behov.

### Trin 10

**Besvarelse af spørgsmålene**

”Ren” lyrik uden tal, der søges at skabe mere sammenhængende mening og fortolkning ud fra trin 9.

(Trin 9 og 10 indsættes i kvalitativ evaluering)

## **Borgernes og sagsbehandlerens udsagn om sagsbehandlingen fra godkendt kondenseret interview til tekst i rapport**

TRIN 1 – 4 udfyldt med anonymiseret tekst

### Trin 1

#### **Hvad skal analyseres?**

Alle godkendte interview fra borgere og sagsbehandlere læses igennem for udsagn, der har at gøre med sagsbehandlingen. Jævnfør interviewguide til både borgere og sagsbehandlere er dette spørgsmålstemaerne: 2-6 og 8:

Borgerne:

2. Om prioriteringen af din sygedagpengesag
3. Om hvad eller hvem der bestemmer mest i sygedagpengesager
4. Om sagsbehandlingens niveau
5. Om sygdomsopfattelse
6. Om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation
8. Om forventninger til sagsbehandlingen og praksis

Sagsbehandlerne:

2. Om hvordan sager prioriteres / visiteres
3. Om grad af selvstændighed i arbejdet og arbejdstilrettelæggelsen
4. Om vidensniveau, uddannelse og faglighed i sagsbehandlingen
5. Om sygdomsopfattelse
6. Om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation
8. Om forventninger til arbejdet og praksis

### Trin 2

#### **Læsning af alle udsagn og dannelse af foreløbige tværgående overskrifter.**

*Foreløbige overskrifter ved læsning af borgerinterview:*

Kommunikation / samtale

Journalføringen

Manglende opfølgning, ventetid på opfølgning

Arbejdsprøvning

Fleksjob

Hvad er sygdom?

Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?

Viden om sygdom og jobfunktioner

Antal sagsbehandlere

Administration / regler

Regler / administration / falde i et hul

"Tankegang"

*Foreløbige overskrifter ved læsning af sagsbehandlerinterview:*

Antal sagsbehandlere / ansvar for sager  
Hvordan prioriteres sager?  
Hvad er sygdom?  
Fleksjob  
Arbejdsprøvning  
Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?  
Administration / regler  
IT-problemer

### Trin 3

**Redigering og nedkortning af de foreløbige overskrifter. Kan nogle af de foreløbige overskrifter slås sammen fordi udsagnene ligger tæt på hinanden eller skal overskrifter præciseres?**

De tre første overskrifter fra borgerinterviewene (om kommunikation / samtale, journalføringen, og ventetid på opfølgning) trækkes sammen under den nye overskrift "Sagsbehandlingens umiddelbare faglige og metodiske kvalitet".

Overskrifterne om arbejdsprøvning og fleksjob samles så overskrifter hedder "Arbejdsprøvning / fleksjob" da de to overskrifter i de fleste tilfælde ligger tæt op ad hinanden.

Overskriften "Hvad er sygdom?" ændres til "Sygdomsforståelser".

Overskriften "Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?" ændres til "Fokus på arbejdsliv, sygdom eller fremtid?"

Overskriften "Viden om sygdom og jobfunktioner" ændres til "Tværfaglige kompetencer hos sagsbehandlere".

Overskrifterne "Antal sagsbehandlere" (fra borgerinterview), "Antal sagsbehandlere / ansvar for sager" (fra sagsbehandlerinterview) og "Hvordan prioriteres sager?" (fra sagsbehandlerinterview) slås sammen under overskriften "Individuelt eller fælles ansvar for sager?".

Overskrifterne: "Administration / regler", "Regler / administration / falde i et hul" og "Tankegang" (alle fra borgerinterview) slås sammen med "Administration / regler" og "IT-problemer" (fra sagsbehandlerinterview) under overskriften "Regelstyring eller fleksible løsninger tilpasset den enkelte?".

*Hermed fås nye overskrifter med tidligere overskrifter (underoverskrift) i parentes.*

**Sagsbehandlingens umiddelbare faglige og metodiske kvalitet** (kun udsagn fra borgere)  
(Kommunikation / samtale, Journalføringen, Ventetid på opfølgning)

**Arbejdsprøvning / fleksjob**  
(Arbejdsprøvning, Fleksjob)

**Sygdomsforståelser** (kun udsagn fra sagsbehandlere)  
(Hvad er sygdom?)

**Fokus på arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**  
(Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?)

**Tværfaglige kompetencer hos sagsbehandlerne** (kun udsagn fra borgerne)  
(Viden om sygdom og jobfunktioner)

**Individuelt eller fælles ansvar for sager?**  
(Antal sagsbehandlere, Antal sagsbehandlere / ansvar for sager, Hvordan prioriteres sager?)

**Regelstyring eller fleksible løsninger tilpasset den enkelte?**  
(Administration / regler, Regler / administration / falde i et hul, Tankegang, Administration / regler, IT-problemer).

## Trin 4

### **Indplacering af tekst under de nye og redigerede overskrifter fra trin 3.**

Kun ét citatafsnit fra hver interviewet under hver overskrift.

“(...)” bruges til at vise flere tekstudpluk fra samme interviewperson om det samme, men som oprindeligt står med tekst ind i mellem, der ikke er relevant som udsagn under overskriften. Desuden bruges ”(...)” af hensyn til (yderligere) anonymisering.

”\*\*” efter en underoverskrift indikerer, at udsagnet går igen under en anden overskrift.

**Sagsbehandlingens umiddelbare faglige og metodiske kvalitet**

*Borgerne:*

**Kommunikation / samtale**

”Jeg har ikke selv valgt revalideringen, og jeg er spændt på om jeg kan klare det. Jeg ville hellere have været revalideret til ungdomspædagog. Jeg er ved at arbejde på en plan om at tage ungdomspædagoguddannelsen alligevel.”

**Kommunikation / samtale****Fleksjob \***

”De forventede bare, at jeg kan tage en uddannelse ud fra at jeg bare skal sidde ned. Jeg ville gerne have beholdt et arbejde som smed, men som fleksjob. Men de sagde, at fleksjob er ’sidste udvej’. Jeg følte ikke at jeg blev hørt dér. De skulle være bedre til at lytte til hvad mine reelle kvalifikationer og talenter er.”

**Kommunikation / samtale**

”Mine rygproblemer har slet ikke skulle uddybes. Der har kun været overfladisk snak om mit tidlige arbejdsliv. De har slet ikke spurgt nok indtil hvad mine ønsker er.”

**Kommunikation / samtale**

”Jeg blev indkaldt til samtale i kommunen. Sagsbehandleren brugte en grov tone over for mig. ’Hvad fejler du?’ sagde hun, og det virkede som om hun bebrejdede mig jeg var syg. Da min mand var med til en efterfølgende samtale var hun slet ikke grov, så var hun venlig. Dette gentog sig nogle gange(...). Jeg blev så indkaldt til en samtale, som jeg troede var endnu én af de samme, hvor kun hun deltog. I mellemtiden var jeg til egen læge i anden anledning, og han sagde så ”Nå men vi ses jo så på fredag”. Det viste sig, at sagsbehandleren havde arrangeret en rundbordssamtale uden mit vidende. Jeg kontaktede min fagforening, som så ville gå med til mødet. Det blev dog aldrig til noget, for sagsbehandleren meldte sig syg i sidste øjeblik. Hun ringede bagefter og sagde, at hun ville indkalde til nyt møde senere. Det næste jeg hørte fra hende var et brev, hvor jeg blev meddelt, at mine sygedagpenge blev bragt til ophør. Jeg kom så på kontanthjælp. Jeg har senere selv fundet arbejde.”

**Kommunikation / samtale****Journalføringen \*****Viden om sygdom og jobfunktioner \***

”Sagsbehandleren opførte sig som var hun læge, og hun misforstod meget. Eksempelvis sagde hun på et tidspunkt, at mine tvangstanker burde behandles af en psykiater. Men jeg har aldrig omtalt tvangstanker for hende, det har jeg ikke haft, og det har ingen læger sagt eller skrevet noget om. Jeg har derimod haft angst og fobier som følgevirkning af min stressede arbejdssituation, og det har hele tiden været under relevant behandling af en psykolog. Men det viste sig, da jeg fik kopier af hendes notater i min sag, at det blot var ét eksempel på grove misforståelser af hvad jeg havde sagt. Jeg sagde ét under samtale, og så skrev hun noget helt andet ned.”

**Kommunikation / samtale**

”Jeg blev indkaldt til møde. Sagsbehandleren talte kun om at få mig tilbage på arbejde på fuld tid, jeg skulle tilbage på arbejdsmarkedet. Hun lyttede ikke til hvad jeg sagde, det tog mange gange før hun fattede min situation, så jeg blev gal på hende.”

**Kommunikation / samtale**

”Jeg oplevede, at den første sagsbehandler var ude med den store fejekost med generaliseringer, der ikke passede på eller hjalp mig i min konkrete situation. For eksempel fik jeg at vide, at man jo har ansvaret for sit eget liv. Så der var et problem med dialogen synes jeg.”

**Kommunikationen / samtale**

”Sagsbehandlerne taler ind i mellem for meget fagsprog. For eksempel tales der indforstået om ’ressourceprofil’ som om vi fra starten kender deres sprog. Der skal de være bedre til at forklare tingene med almindelige ord. Vi kommer jo første gang dér og kender ikke deres sprog, og det rejser undervejs meget tvivl hos os om hvad det præcis er de mener.”

**Kommunikation / samtale (sagsforberedelsen)****Arbejdsprøvning \***

”Jeg var til samtale hos sagsbehandleren to eller tre gange. Først ville hun sende mig til forskellige undersøgelser, men da hun havde fået læst ordentligt på min sag, kunne hun godt se, at de undersøgelser, hun ville have foretaget, allerede forelå. I stedet blev jeg i efteråret sendt til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling. Jeg nåede aldrig at blive arbejdsprøvet. Min sagsbehandler sagde på et tidspunkt: ’Du kan nok ikke slippe for en arbejdsprøvning’, men efter at hun havde læst på papirerne igen, kunne jeg undgå det.”

**Kommunikation / samtale****Viden om sygdom og jobfunktioner \***

”På det efterfølgende møde med jobkonsulenten gik det galt. Han spurgte ind til sygdom og om jeg havde andre skavanker. Da jeg sagde, jeg også havde smerter i armene, vurderede han, at jeg var psykisk syg. Han sagde det var psykosomatisk. Jeg klagede samme dag over ham. Efterfølgende var der en ny samtale, denne gang var min mand med, og fra kommunens side både jobkonsulenten og en sagsbehandler. Pludselig kunne alt lade sig gøre ifølge jobkonsulenten. Jeg kom så i arbejdsprøvning.”

**Kommunikation / samtale****Viden om sygdom og jobfunktioner \***

”Sagsbehandleren i kommunen mente dog, at jeg ville have godt af genoptræning med fysioterapi. Når jeg indvendte, at lægerne sagde, at der ikke var udsigt til bedring, så sagde sagsbehandleren, at de i kommunen stolede mest på fysioterapeuterne(...). I juli 2007 skulle jeg til nyt møde, jobkonsulenten havde fundet et job til mig i en butik. Da jeg gentog, hvad lægerne tidligere havde konkluderet, nemlig at jeg ikke skulle have stående arbejde, fandt jobkonsulenten så frem til, at jeg kunne arbejdsprøves i kommunens omstilling og borgerservice.”

**Kommunikation / samtale (Bisidder)**

”Igennem årene har 3F været med ved møder med kommunen og AF, det har været en god støtte. Fagforeningen var dog ikke med, da kommunen insisterede på arbejdsprøvning i supermarkedet.”

I alt 12 overvejende negative udsagn om kommunikationen / samtalen.

Gennemgående føler borgerne sig ikke lyttet til, idet sagsbehandlerne ikke har spurgt tilstrækkeligt ind til eller har været interesseret nok i borgernes individuelle situation. Borgere føler således at sagsbehandleren har handlet ud fra nogle mere generelle betragtninger i stedet for at sætte sig ind i individuelle forhold – og i nogle tilfælde foreliggende fakta.

Flere borgere anfører, at ikke de høres om hvad det er, de konkret godt kunne tænke sig; således er der eksempler på borgere, hvis ønsker om revalidering og arbejdsprøvningssteder negligeres. I nogle tilfælde føler borgerne at sagsbehandleren ved for lidt eller ligefrem handler fordomsfuldt på grund af manglende viden om sygdom og arbejdsmuligheder, i andre tilfælde anfører borgerne, at sagsbehandlerne har et indforstået sprogbrug og forbereder sig dårligt på samtalen. Enkelte borgere klager over fordomsfuldhed og en grov tone i kommunikationen.

Tre borgere nævner brug af bisiddere; i alle tre tilfælde har dette hjulpet markant i forhold til kommunikationen / samtalen.

## **Journalføringen**

### **Journalføringen**

#### **Viden om sygdom og jobfunktioner \***

”Sagsbehandleren opførte sig som var hun læge, og hun misforstod meget. Eksempelvis sagde hun på et tidspunkt, at mine tvangstanker burde behandles af en psykiater. Men jeg har aldrig omtalt tvangstanker for hende, det har jeg ikke haft, og det har ingen læger sagt eller skrevet noget om. Jeg har derimod haft angst og fobier som følgevirkning af min stressede arbejdssituation, og det har hele tiden været under relevant behandling af en psykolog. Men det viste sig, da jeg fik kopier af hendes notater i min sag, at det blot var ét eksempel på grove misforståelser af hvad jeg havde sagt. Jeg sagde ét under samtale, og så skrev hun noget helt andet ned.”

### **Journalføringen**

”Der var, også med den første sagsbehandler, manglende information om relevante udviklinger i min sag, fx når der forelå en udtalelse fra en lægekonsulent, så fik jeg det ikke at vide.”

### **Journalføringen**

”De fleste sagsbehandlere har ikke været forberedte til samtalerne Typisk har de bedt mig om at fortælle ting, der står i papirerne. Så har de fx sagt: ’Nå-ja, det står der også her...’. (...). Den skriftlige fremstilling af min sag har ikke været god nok. Det har ikke været uddybende nok, og der har været en del forkerte beskrivelser.”

### **Journalføringen**

”Der var stor forskel på den første og den anden sagsbehandler. Måske mest i engagement og interesse. Og konkret på den måde, at den måde, min sag og mine synspunkter blev gengivet på af min seneste sagsbehandler, var så god, fordi hun havde sat sig ind i sagen, og jeg havde reel mulighed for at tilføje og rette, hvis hun alligevel skulle have skrevet noget, der ikke var helt rigtigt. Den mulighed var ikke til stede med den første sagsbehandler.”



Fire borgere har overvejende negative udsagn om den skriftlige kommunikation, særligt sagsbehandlerens journalføring. Der er udsagn om manglende forberedelse i form af læsning af foreliggende papirer og nedfældning af misforståelser og forkerte forhold. En borger anfører som en væsentlig forskel på to sagsbehandlere, om der var mulighed for at tilføje og rette i journalen. Der indikeres altså en praksis blandt nogle sagsbehandlere, hvor borgerne ikke inddrages i en ”kvalitetssikring” af i det mindste de faktuelle nedskrevne forhold i journalen. Denne praksis kan i nogle tilfælde selvsagt føre til uheldige sagsforløb, idet misforståelser og forkerte oplysninger kan danne baggrund for videre indstillinger og afgørelser.

### **Ventetid på opfølgning**

#### **Ventetid på opfølgning**

”Det var langsommeligt, der gik lang tid mellem opfølgning og samtaler.”

#### **Ventetid på opfølgning**

”Det er OK at de skal lave ressourceprofil, afventer undersøgelser osv. Det er også OK at de følger op på hvordan det går, når man er i fleksjob. Men det ville være godt, at man ikke som borger selv var den primært ansvarlige for at følge op på, hvordan det går i ens sag, at man selv skal henvende sig for at få svar på noget, som kommunen først får svar på. (...). Jeg havde nok forventet der ville gå omkring et halvt år med min sag, men det tog jo så et år ekstra. Jeg havde ikke forventet en så lang ventetid.”

#### **Ventetid på opfølgning**

##### **Viden om sygdom og jobfunktioner \***

”Ventetiden blev ekstra lang på grund af en udtalelse fra kommunens lægekonsulent, der – uden at have set mig – mente jeg kunne blive rask af kalktabletter og D-vitamin. Min egen læge blev rasende og fik argumenteret imod denne erklæring fra en læge, der aldrig har set mig.”

#### **Ventetid på opfølgning**

”Jeg burde i løbet af ét års sygdom have set en sagsbehandler mindst tre gange, men det er kun blevet til én gang. (...). Den indledende, første sagsbehandler var flink nok og dygtig på sin vis – hun lyttede og var venlig. Men den næste sagsbehandler har jeg aldrig set, jeg har kun talt i telefon med hende. Hun har ikke overholdt opfølgningstiderne.”

#### **Ventetid på opfølgning**

”Min sagsbehandler talte først om nogle rigtig gode jobkonsulenter, der skulle kontakte mig, men jeg har aldrig hørt noget.”

#### **Ventetid på opfølgning**

Generelt måtte vi selv tage initiativer til at følge op og høre om hvordan det gik med de punkter, som sagsbehandleren havde lovet at vende tilbage med. Mange forhold skulle op og vende på fællesmøder eller højere oppe i systemet, og det kunne der gå lang tid med. Særligt fordi der ikke blev meldt tilbage som lovet. Eller det viste sig, at sagen var blevet glemt eller på anden vis ikke prioriteret på det møde, hvor sagen ellers skulle drøftes (...). Generelt var sagsbehandlere i kommunen, når man talte med dem, søde og forstående, men af årsager vi ikke kender, var de ikke i stand til at handle hurtigt, selvom vi synes behovene og sagen var indlysende. For jo længere tid,

der går med jeg venter, jo mindre motiveret bliver jeg. Ventetiden kan jo også gøre én helt trist til mode. Vi fik til sidst at vide, at ét år er kort tid at vente på bevilling af fleksjob. Jeg synes ventetiden har været det værste ved sagsbehandlingen. Hvis man så bare fra starten fik meldt ud, at det og det tager så og så lang tid, så har man noget at holde sig til. Men som det var her, vidste vi ikke hvor længe det ville komme til at tage og om jeg overhovedet ville få fleksjob.”

**Ventetid på opfølgning**

”Efter to måneder på sygedagpenge ringede jeg til kommunen for at høre, hvornår jeg hørte noget på min forespørgsel om hjælp. Men først dér fik jeg så en sagsbehandler. Jeg var sygemeldt fra maj måned, og sommerferien har formentlig gjort, at de i kommunen ikke havde ressourcer til at komme i gang med min sag. Jeg havde forventet at kommunen kom hurtigere i gang med min sag og at de ville vende tilbage som jeg var blevet stillet i udsigt. Men der skete først noget, da jeg selv henvendte mig.”

**Ventetid på opfølgning**

”Ved sygemeldingen i 2004 gik jeg syg et halvt år, før der var kontakt med kommunen, og det var på mit initiativ, fordi jeg undrede mig over jeg ikke hørte noget fra dem. De fandt frem til min sagsbehandler, der bad mig om selv at udfylde en ressourceprofil. Det gjorde jeg så, hjemme på PC'en, og sendte den til sagsbehandleren. Derefter hørte jeg intet, før jeg så rykkede for om det fremsendte var brugbart. Så fulgte en lang periode, hvor jeg blev forlænget ud over 52 uger flere gange, og kommunen foretog sin intet.”

**Ventetid på opfølgning****Antal sagsbehandlere \*****Regler Administration / falde i et hul \***

”Jeg har oplevet at være kastebold i kommunen. For eksempel har det været på tale med økonomisk hjælp samt hjælpemidler i hjemmet pga. min helbredssituation. Min sygedagpengesagsbehandler henviste mig så til en anden skranke i samme kommune, hvor jeg så skulle begynde forfra med at give alle oplysninger og forklare min situation. De snakker ikke internt sammen, og det er ikke effektivt, tværtimod skubber det min sag langt ud i tid. Forestil dig det samme, hvis du kommer til et bilværksted, og du får at vide, at du skal aflevere din bil tre andre steder også, med de tre andre ting, der skal klares. Og du får ventetiden hvert sted med, så det hele trækker ud.”

**Ventetid på opfølgning****”Tankegang” \***

”Generelt har sagsbehandlerne været godt klædt på. Men jeg har dog oplevet nogle eksempler på, at min egen fagforenings socialrådgiver har påpeget nogle rettigheder og muligheder for mig, som kommunens sagsbehandler derefter har stillet sig nølende over for. Typisk skal det jeg spørger til, først forelægges nogle andre på interne møder i kommunen, og så trækker det ud. Det er som om de tænker ”Kan det lade sig gøre?” i stedet for at tænke ”Hvad skal der til, for at det kan lade sig gøre?”. Hvad kommunen kan tilbyde er ikke skarpt nok; der er en tendens til at jeg skal passes ind i nogle kasser.

**Ventetid på opfølgning**

”Min egen læge var god til at lytte; hun sygemeldte mig yderligere. Jeg fik sygedagpenge, og der gik jeg så et halvt år, hvor jeg ikke hørte noget fra kommunen. Jeg ringede så selv for at høre om de kunne hjælpe mig.”

**Ventetid på opfølgning**

”Jeg kontaktede kommunen om muligheden for revalidering. De lovede at vende tilbage, men jeg hørte ikke noget. Jeg er nok en lidt utålmodig person, så jeg fandt sammen med min mand en løsning. Han er (...), så jeg købte en (...) som han så er leder af, og jeg er så medhjælp, hvor jeg fleksibelt kan styre arbejdstid og arbejdsbelastning, det fungerer fint(...). Den første gang jeg var til samtale i kommunen fik jeg intet ud af det, det gik det for langsomt for dem at finde ud af hvad de ville med mig, men de fik dog sendt mig på Arbejdsmedicinsk afdeling. Det virkede som om, at kommunesammenlægningen forsinkede arbejdet i kommunen. Den anden gang, jeg var til samtale fik jeg heller ikke afklaring af min situation, men jeg fik dog et PC-kursus. Jeg spurgte til om en jobkonsulent kunne hjælpe mig, men det sagde sagsbehandlere først var relevant senere. Sagsbehandlere var generelt søde, men det er som om der skal gå noget tid, måske fordi de er underlagt krav om at spare. Der er et problem med en ’at se tiden an holdning’, både fra kommunen og lægen.”

Der er i alt 12 overvejende negative udsagn om ventetid på opfølgning. Af de tolv borgere anfører de fem, at de selv har taget kontakt til kommunen og har følt sig som primært ansvarlige for at der er sket noget i deres sag, idet kommunen efter flere måneders ventetid ikke havde henvendt sig. To af de tolv borgere anfører, at de simpelthen har ventet forgæves på lovet opfølgning. Og endelig anfører andre fem borgere, at de har ventet meget længe på opfølgning af forskellige årsager i kommunen.

For borgerne er ventetiden umiddelbart forståelig, dog har nogle borgere forskellige bud på årsager til ventetiden. Fire borgere har således oplevet ventetid på grund af interne møder eller arbejdsgange i kommunen, der har trukket sagen ud, i kombination med at sagen er ’glemt’ på det møde, den ellers skulle op på, og / eller sagen opfølges ikke videre dérfra.

Andre borgere har oplevet, at en sagsbehandler har lovet at andre, fx en jobkonsulent, ville henvende sig til borgeren, uden at dette er sket. Tre borgeres udsagn kan tolkes som at årsagen til ventetiden er kommunens måde at tænke på, dvs. en ’kultur’, hvor der skal gå nogen tid, før en sag er ’moden’, og hvor der ikke tages individuelt fleksibelt hånd om den enkeltes situation, fordi der tænkes i begrænsninger, ikke muligheder.

*Sagsbehandlere: (Ingen udsagn)*

## Arbejdsprøvning / fleksjob

*Borgerne:*

### **Fleksjob**

#### **Kommunikation / samtale \***

”De forventede bare, at jeg kan tage en uddannelse ud fra at jeg bare skal sidde ned. Jeg ville gerne have beholdt et arbejde som smed, men som fleksjob. Men de sagde, at fleksjob er ’sidste udvej’. Jeg følte ikke at jeg blev hørt dér. De skulle være bedre til at lytte til hvad mine reelle kvalifikationer og talenter er.”

### **Arbejdsprøvning**

#### **Viden om sygdom og jobfunktioner \***

”Jeg skulle arbejdsprøves i en børne- og dametøjsforretning. Jeg sagde på forhånd, at det kunne mine arme nok ikke klare, når varerne skulle pakkes ud og stilles på plads på hylderne. Men kommunens jobkonsulent sagde, at det jo kun var måske fire gange om året sådan en forretning får nye varer, så det ville ikke være noget problem. Det viste sig, at man i denne forretning, som i lignende forretninger, meget hyppigt får nye varer hjem, alene af hensyn til manglende lagerplads. Så der var mange varer at flytte på plads. Det endte med, at jeg ikke skulle arbejdsprøves dér alligevel.”

### **Fleksjob / arbejdsprøvning**

”Jeg endte med at få bevilget fleksjob fordi man kunne sige jeg havde været arbejdsprøvet i eget job. Der forelå ikke noget på skrift om denne arbejdsprøvning, men min fagforening fik det argumenteret igennem, og det godtog kommunen så.”

### **Fleksjob**

”Jeg fandt med hjælp fra en kollega ud af, hvordan arbejdet kunne udføres mindst muligt belastende for armene.”(...) Jeg kunne klare op til 27 timer ugentligt. Det er to timer for meget til fleksjob, og nu afventer jeg en ny praktikplads.”

### **Fleksjob**

”For kommunen var det i første omgang åbenbart usædvanligt at jeg ikke var sygemeldt. I hvert fald virkede de forbløffede over ikke at have min sag i forvejen. ”Vi husker dig ikke...” sagde de. Men det var fordi jeg aldrig havde været der før. Det var lidt som, at hvis jeg ikke havde været sygemeldt med lange sagsakter hos dem, kunne jeg ikke søge fleksjob.”

### **Arbejdsprøvning / fleksjob**

”Jeg har hele tiden arbejdet; jeg har ikke været sygemeldt, og jeg ville gerne kunne arbejde videre, men i et fleksjob. Så (...) jeg henvendte os til kommunen i 2005 om dette. (...). Det var ikke umiddelbart nemt at få godkendt et fleksjob. Arbejdsgiver har ellers hele vejen igennem været positiv. Men det var som om, at det var et problem i forhold til at få fleksjob, at jeg ikke havde været sygemeldt. Man kunne forstå det, de sagde, som en skjult opfordring om at sygemelde sig.(...). Kommunen lagde op til arbejdsevnevurdering og arbejdsprøvning uden for arbejdspladsen. Det insisterede vi på at sige nej til, for jeg havde og har slet ikke energi til at sætte mig ind i forhold på en anden arbejdsplads og begynde på nye arbejdsopgaver. Kommunen endte med at acceptere dette.”

**Arbejdsprøvning / fleksjob**

”De talte om arbejdsprøvning på et revacenter. Jeg skaffede ellers selv kontakt til en institution, der gerne ville ansætte mig på skånevilkår, og hvor jeg så ville kunne arbejdsprøves. Institutionen henvendte sig til mig to gange. Men det måtte jeg ikke selv vælge for kommunen.. Jeg fortalte også sagsbehandlerne, at jeg gerne ville uddanne mig til klub-medarbejder, men det kunne de ikke umiddelbart sige ja til. I stedet sagde min sagsbehandler – efter mange måneders forløb – at jeg kunne komme til at stå i informationen i Bilka. Så var det jeg fik et mindre hysterisk anfald. Jeg havde aldrig hørt noget fra revacentret, og de initiativer, jeg selv havde taget, kunne ikke opfyldes, selvom institutionsjobbet eller uddannelsen til klub-medarbejder var meget passende til mig i forhold til hvad jeg kunne klare. Tilbuddet om at stå i informationen var derimod ikke noget, jeg havde nogen interesse i. Så jeg talte med store bogstaver ved en samtale i kommunen. Og de lyttede faktisk til mig.”

**Fleksjob****Administration / regler \***

”Min arbejdsgiver ville gerne ansætte mig på deltid. Jeg gik så til kommunen. Der blev fundet en udmærket løsning. Jeg kom på daværende §28 (nuværende §56), en aftale, hvor jeg fleksibelt kunne arbejde færre timer efter behov. Det blev ordnet sådan, at jeg holdt fri hver onsdag, og så kunne jeg klare mig igennem arbejdsugen. Indtil for halvanden år siden fungerede det fint. Men så meddelte kommunen mig, at jeg slet ikke var berettiget til at være på den ordning. Derfor skulle muligheden for fleksjob afsøges. Jeg fik så lavet en arbejdsevnevurdering på Arbejdsmedicinsk afdeling. Arbejdsprøvningen foregik i banken med fuldtidsarbejde, som jeg fra tidligere vidste jeg ikke kunne klare. Lægerne understøttede også dette, men jobkonsulenten i kommunen mente noget andet, så der var ingen vej udenom. Jeg klarede mig igennem arbejdsprøvningen og er nu kommet på en 50/50 ordning, hvor kommunen kompenserer min arbejdsgiver 50% lønudgift. Aktuelt er jeg dog kun på 30% nedsat tid. I praksis har jeg samme arbejdstider som under den tidligere ordning, men det er dyrere for kommunen nu.”

**Arbejdsprøvning****”Tankegang” \***

”Nu er jeg så, efter igen at være på sygedagpenge, blevet tilbudt plads på et ’coachforløb’, en arbejdsevneafklaring på fire uger. Og derefter har jeg så udsigt til et tre måneders forløb med arbejdsprøvning. Men hvad så hvis jeg også efter de yderligere tre måneder fortsat er afklaret om, at jeg gerne vil noget helt andet? Jeg har jo hele tiden selv været klar over, at jeg gerne ville noget andet. Så der er risiko for, at de forløb, jeg skal igennem nu, er spild af tid. Det er måske fordi kommunen arbejder meget regelbundet i stedet for menneskebundet. I stedet for det lange afklaringsforløb kunne kommunen langt tidligere have indhentet ikke blot den samme, men faktisk mere uddybende, information ud fra mit arbejde de seneste ti år.”

**Arbejdsprøvning****Kommunikation / samtale (sagsforberedelsen) \***

”Jeg var til samtale hos sagsbehandleren to eller tre gange. Først ville hun sende mig til forskellige undersøgelser, men da hun havde fået læst ordentligt på min sag, kunne hun godt se, at de undersøgelser, hun ville have foretaget, allerede forelå. I stedet blev jeg i efteråret sendt til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk afdeling. Jeg nåede aldrig at blive arbejdsprøvet. Min sagsbehandler sagde på et tidspunkt: ’Du kan nok ikke slippe for en arbejdsprøvning’, men efter at hun havde læst på papirerne igen, kunne jeg undgå det.”

**Arbejdsprøvning / fleksjob**

”I 2004 fandt jeg arbejde som (...). Det gik fint, og jeg var glad for det. De tog fint hensyn til mine rygproblemer. De seks måneder jeg var dér talte som arbejdsprøvning. Der kom dog aldrig papir på det, dvs. en beskrivelse af, hvad jeg kunne og ikke kunne klare. Jeg røg så på sygedagpenge igen, og i ind i mellem også dagpenge. Jeg fandt i 2005 arbejde som (...), hvor jeg kunne hjælpe til ved forskellige former for aktiviteter. Det var godt. Det var også arbejdsprøvning. Jeg nåede som højest op på at kunne klare 19 timer ugentligt dér. Nogle gange sendte de mig hjem derfra, fordi de kunne se, jeg ikke kunne klare mere. Jeg er ellers en person, der gerne bliver og gør arbejdet færdigt. I 2006 sendte kommunen mig til Arbejdsmedicinsk afdeling. Der lagde de op til fleksjob. Efterfølgende foreslog kommunen, at jeg skulle arbejdsprøves i et supermarked. Jeg skulle tjekke datomærkninger, prismærkninger og sætte varer på plads. Det sidste fortalte jeg min sagsbehandler, at jeg nok ikke kunne klare, men jeg skulle igennem det. Jeg begyndte en mandag og gik grædende hjem om onsdagen, fordi jeg ikke kunne klare det. Chefen fra supermarkedet blev rasende og skældte AF ud, og AF undskyldte så bagefter over for mig. Men kommunen har aldrig undskyldt noget. Jeg har været til psykolog 20 gange gennem halvandet år, det har jeg selv betalt. Hun har været en udmærket hjælp. Men kommunen var ikke interesseret i udtalelser fra hende. I stedet mente de jeg skulle til psykiater. Psykiateren sagde mine rygproblemer var psykosomatiske. Den seneste sagsbehandler lavede et fint papirarbejde, så jeg kunne blive indstillet til fleksjob. Jeg fik afslag fra et kommunalt udvalg med begrundelsen, at mine erhvervs muligheder ikke var udtømte med henvisning til psykiaternes vurdering. Siden april måned i år har jeg mistet retten til dagpenge og er nu på kontanthjælp. Jeg er nu henvist til et terapeutisk forløb for folk med kroniske smerter. Sagsbehandlere og AF har ikke lyttet til mig og har bestemt det meste.”

**Arbejdsprøvning / fleksjob**

”Sagsbehandleren var fagligt dygtig, fantastisk i det hele taget. Det gælder i forløbet med arbejdsprøvning, og i hendes rolle som coach. Der var en god, ligeværdig dialog, og hun tog hensyn til mine ønsker. Hun var god til at ringe og høre hvordan det gik.”

I alt 12 udsagn om arbejdsprøvning og / eller fleksjob, heraf 11 overvejende negative og ét overvejende positivt udsagn om kommunens sagsbehandling.

To borgere har oplevet selv at finde på steder at blive arbejdsprøvet, men hvor kommunen har insisteret på at det skulle foregå andre steder. Hvorfor disse to borgeres ønsker ikke har kunnet imødekommes står ikke klart for borgerne, der har oplevet de foreslåede arbejdsprøvninger som malplacerede, idet borgerne på forhånd kunne sige, at de ikke kunne klare arbejdsprøvningen.

Tre andre borgere har samme problemer med indplacering i arbejdsprøvning som på forhånd har forekommet nyttesløs uden at de anfører selv at have foreslået noget andet sted at blive arbejdsprøvet.

To borgere udtrykker, at de har oplevet sagsbehandlere været meget skeptiske over for deres ansøgning om fleksjob fordi der ikke har været en forudgående sygemelding.

Borgernes udsagn indikerer en stor usikkerhed hos sagsbehandlere over for under hvilke betingelser, der skal arbejdsprøves, særligt angående arbejdsprøvning i eget job, og over for dokumentationen for arbejdsprøvningen. Således kan flere af borgernes udsagn tolkes som at både

spørgsmålet om hvor arbejdsprøvningen skal foregå og dokumentationen for arbejdsprøvningen er noget, der kan forhandles om eller ordnes efterfølgende. Praksis synes at være højst forskelligt fra sagsbehandler til sagsbehandler.

Flere borgerne udtrykker at sagsbehandlerne har et manglende kendskab til jobfunktioner i praksis, hvilket giver problemer, når der skal arbejdsprøves. Især kan det give borgerne problemer, når sagsbehandlerne mangler en samtidig viden om både sygdomsårsag og betydningen af denne i forhold til de konkrete arbejdsmuligheder. Dette øger risikoen for krav om uhensigtsmæssige arbejdsprøvninger, der på forhånd og med rette forekommer meningsløse for borgeren. Det skal over for sygedagpengesagsbehandlerne her retfærdigvis bemærkes, at kritikken her i nok så høj grad rettes imod jobkonsulenter, som imidlertid i borgernes øjne blot er en anden sagsbehandler, hvis indsats formodes at ske i et tæt samarbejde med sygedagpengesagsbehandleren.

Flere borgere giver udtryk for, at sagsbehandlerens tankegang kan være styret af regler og vaner snarere end hvad der er hensigtsmæssigt for den enkelte. Dette gælder for de to borgere, der mødte skepsis fra sagsbehandlerne, da de ansøgte om fleksjob uden forudgående sygemelding, men det gælder også for andre borgere, der over for sagsbehandlere har udtrykt deres skepsis over for en forestående arbejdsprøvning uden at få anden forklaring på nødvendigheden af denne, end at 'du kan nok ikke slippe for en arbejdsprøvning' eller borgeren møder blot kravet som et mere eller mindre ubegrundet lovkrav.

Det skal bemærkes, at ingen borgere nævner arbejdsgivere negativt i forbindelse med arbejdsprøvning eller fleksjob. De arbejdsgivere, der nævnes, omtales som velvilligt indstillede over for både arbejdsprøvning og fleksjob.

#### *Sagsbehandlerne:*

(sagsbehandlerens kommunetilhørsforhold anføres under denne overskrift, da det er væsentligt for at kunne fastslå, om holdningen til arbejdsprøvning og fleksjob afhænger af kommunen)

#### Sagsbehandler, kommune 1

"Arbejdsprøvning i eget job? Hvis det søges af helbredsmæssige årsager, fx ved svær sygdom, så arbejdsprøver jeg i eget job. Og hvis jeg kan skønne, at mulighederne vil være de samme, uanset hvor arbejdsprøvningen foregår, så afprøver jeg også i eget job. Det gælder om at gøre tingene så skånsomme som muligt for borgerne. Tolkningen af loven skal være til borgerens fordel, ikke til fordel for et bureaukrati. Så jeg lægger meget vægt i beskrivelserne og vurderinger af borgerens funktionsniveau og arbejdsevne, når jeg skal argumentere for arbejdsprøvning i eget job."

#### Sagsbehandler, kommune 1

"Vi kan nu kun indstille til at sagen rejses jf. § 17 og § 18. Det er ærgerligt med det ekstra led; det er ikke til gavn for borgerne, det tager længere tid. Det er pensionsrådgivere, der skal gå videre med sagerne efter os. Udgangspunktet er, at borgeren ikke kan klare sit hidtidige job. Inden bevilling af fleksjob skal borgeren arbejdsprøves i andet erhverv. Jeg har prøvet én gang at lade arbejdsprøvningen foregå i eget job. Der var tale om en benamputeret borger, for hvem kontorarbejdet ikke kunne blive mere skånsomt end i eget job. Men borgeren fik så efter en klage over sagsbehandlingstiden også at vide fra Den Sociale Ankestyrelse, at fleksjobgrundlaget ikke var i orden, og at arbejdsprøvningen skulle foregå uden for eget erhverv. Reglen er rimelig nok, det er godt at folk skal arbejdsprøves i andet erhverv, det vil være sjældent med undtagelser."

Sagsbehandler, kommune 1

”Man søger jo fra starten at omplacere i eget job, når det er muligt. Hvis arbejdspladsen i det nuværende job er så skånsomt som muligt, så er arbejdsprøvning uden for eget erhverv formålsløs. Nogle arbejdsgivere opfatter kommunen som for firkantet. Hvorfor kan der ikke bare bevilges fleksjob på virksomheden med det samme? Hvorfor skal den ansatte hives ud af virksomheden i mellem 4 og 13 uger, hvis det alligevel ender med, at vedkommende kommer tilbage? Vi kender et enkelt tilfælde, hvor borgeren mistede tilknytningen til sit arbejde pga. arbejdsprøvning uden for eget erhverv.”

Sagsbehandler, kommune 1

”Vi har tilfælde af arbejdsprøvning i eget job. Det kan ske i tilfælde, hvor arbejdsprøvning i andet erhverv er formålsløst. For eksempel en sclerose-patient, der har et kontorarbejde, og hvor arbejdspladsen kan og vil tage de nødvendige hensyn til at fastholde borgeren på arbejdet. Men i tilfælde, hvor der er mulighed for arbejdsprøvning i andet erhverv, der skal vi bruge det.”

Sagsbehandler, kommune 1

”I fleksjobsager er det svært at lave en vurdering af ’resterhvervsevnen’. Så det er vigtigt at bruge jobkonsulenterne og kommunens andre muligheder. For jeg har ingen idé om, hvad det konkret er som borgeren kan og skal lave på sit arbejde. Man skal arbejdsprøves uden for eget erhverv.”

Sagsbehandler, kommune 1

”Arbejdsprøvnings tænker jeg som en test for fleksjob. Eksempel 1: Uddannet (revalideret) zoneterapeut hårdt plaget af migræne, og med formodet store problemer med at kunne klare arbejdsprøvning i andet erhverv. Hendes mand havde selvstændig forretning fra hjemmeholdningen hvor hun kunne hjælpe til. Arbejdsprøvning dér kunne kommunen ikke gå med til, men en af mandens venner havde en virksomhed, hvor hun kunne arbejdsprøves. Efterfølgende fik hun fleksjob i mandens virksomhed. Eksempel 2: En borger med begrænsede fysiske og psykiske ressourcer, der formentlig ikke vil kunne klare arbejdsprøvning i andet erhverv får arbejdsprøvning i eget job. Eksempel 3: En selvstændig vognmand på 58 år med diskusprolaps. Har altid været chauffør. Skulle han arbejdsprøves i andet erhverv? Jeg sagde nej, dels fordi hans ryg kunne risikere at blive belastet mere med kontorarbejde, som han i øvrigt slet ikke havde forudsætninger for uddannelsesmæssigt, og dels af hensyn til hans alder. Men min leder var efterfølgende uenig. Men arbejdsprøvningen kom igennem – det var dengang vi havde større kompetence selv. Kodeordene er om arbejdsprøvningen vil forværre eller belaste borgerens tilstand både sundhedsmæssigt og arbejdsmarkedsmæssigt.”

Sagsbehandler, kommune 1

”Der lægges vægt på at arbejdsprøve i andet erhverv. Det er noget vi har drøftet meget. Det ville være godt med en tydeliggørelse af reglen om dette, hvornår kan man arbejdsprøve i eget arbejde? Normal er det ikke noget problem med arbejdsprøvning uden for eget erhverv. Vi har kompetencekompaniet, der søger for dette efter at jobkonsulenten her i kommunen har afsøgt forskellige muligheder på egen arbejdsplads.”

Sagsbehandler, kommune 1

”Arbejdsprøvning i eget job kan godt finde sted, men jeg ved, at der er en anden holdning også. Men for visse lidelser, fx diabetes med føleforstyrrelse, er det i orden med arbejdsprøvning i eget job for vi får ikke en bedre afklaring af at arbejdsprøve i andet erhverv. Desuden kan der være et



problem med at fastholde folk på den arbejdsplads de har, hvis de skal arbejdsprøves i andet erhverv.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Det kan være svært at beskrive arbejdsevnen. Arbejdsprøvning i eget job: Ja, jeg har fx arbejdsprøvet en dagplejemor i eget job, hun fik 2 børn mindre at passe. Det var svært at få øje på andre job, der ville være mindre belastende, blandt andet fordi hun havde arbejdssted i eget hjem. (...). Arbejdsprøvning i eget job kan lade sig gøre, hvis der ikke er flere skånehensyn mulige i andet erhverv i den konkrete situation. Ellers skal virksomheden have mulighed for omplacering i andre arbejdsfunktioner. Eller hvis en kombination af de konkrete helbredsmæssige gener og mulige skånebehov på arbejdspladsen ud fra en samlet betragtning taler for det.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Arbejdsprøvning i eget job? Ja. For eksempel en borger med dårlig ryg, som sidder på kontor. Så arbejdsprøver jeg altid hvor de er for at fastholde dem. Der er et dilemma mellem ønsket om at arbejdsfastholde og kravet om arbejdsprøvning uden for eget erhverv, fordi det sidste kan betyde at borgeren mister kontakten til både sit arbejde og arbejdsmarked. Jeg har haft to sager, hvor borgeren mistede kontakten til sit arbejde pga. kravet om arbejdsprøvning uden for eget erhverv.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Arbejdsprøvning i eget job?: Det har jeg haft sager med i mit arbejde i en anden kommune. Kriteriet for at kunne nøjes med at blive arbejdsprøvet i eget job er hvis sygdommen begrænser arbejdsevnen i forhold til alle erhverv, der matcher borgerens ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet og hvis arbejdsevnen er varigt nedsat er det jo formålsløst fx at arbejdsprøve en pædagog med piskesmæld, der har mistet koncentration og hukommelse i et supermarked, da lidelsen virker begrænsende i forhold til alle erhverv. Der kan evt. også være tale om situationer, hvor borgeren har specielle evner for netop det nuværende arbejde. Men et højt uddannelsesniveau er ikke i sig selv begrundelse nok, fx kan en læge godt arbejdsprøves indenfor andre brancher, selvom der er en velvillig arbejdsgiver.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Arbejdsprøvning i eget job? Det er muligt i en stor virksomhed med mange arbejdsfunktioner, hvor personen så kan arbejdsprøves med noget andet. Eller hvis en person er meget syg og i princippet er tæt på at kunne få førtidspension men hellere selv vil arbejde, så bruger jeg lovparagraffens ord 'formålsløst' om arbejdsprøvning i andet erhverv. Hvis man ikke kan revalideres til noget, der er mere skånsomt end det nuværende arbejde, så kan man også arbejdsprøves i eget job. Den seneste lovgivning er en stramning af kravet om dokumentation af om arbejdsprøvning har fundet sted jævnfør § 70a. Hvis nuværende job er mere eller lige så skånsomt som alternativet, så kan man også arbejdsprøve i eget job. Sund fornuft skal også spille ind. Det gælder så om at få skrevet det rigtigt.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Udgangspunktet er, at folk ikke kan arbejdsprøves i eget job. Det er en irriterende regel, der giver et dilemma ift. arbejdsfastholdelse. For eksempel med en uddannet pædagog, hvis lidelse begrænser hende til 25 timers arbejde om ugen, og hvor hun har en arbejdsgiver, der er velvilligt indstillet over for at tage de hensyn, der skal til. Der skal jeg så arbejdsprøve borgeren i et andet erhverv. I mellemtiden mister hun så kontakten til den første arbejdsplads, hvor hun i mellemtiden måske er

fyret fra, og typisk er hendes jobfunktioner i hvert fald besat med en anden person, så hun i praksis har problemer med at komme tilbage.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Arbejdsprøvning i eget job? Mulige begrundelser for at arbejdsprøve i eget job på vej mod fleksjob: Uddannelsesniveau skal modsvare alternativet. For eksempel skal en ufaglært ikke afprøves i arbejde, der kræver uddannelse. Omvendt skal en højtuddannet, inden for et felt, hvor der mangler arbejdskraft, ikke arbejdsprøves i ufaglært arbejde. Jo ældre person, jo mere formålsløst at afprøve uden for eget erhverv.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Arbejdsprøvning i eget job?: Hvis der ud fra de helbredsmæssige oplysninger ingen behandlingsmuligheder er, så laver jeg arbejdsprøvning i andet erhverv. Arbejdsprøvning i eget job er særligt svært med ansatte på sygehuse på sygehuse, men også i kommuner. Eksempelvis en kvindelig portør med problemer med fødderne, der gør hun ikke kan gå eller stå meget. Svært at få hende omplaceret. Synspunktet er, at den der fritages fra visse arbejdsfunktioner, overvælter mere arbejde til kollegerne.”

Sagsbehandler, kommune 2

”Jeg arbejdsprøver også borgere i eget job. Typisk i sager med delvis sygemelding samtidig med arbejdsprøvning. Hvis det er arbejdsprøvning for at afklare fleksjob, skal/kan det være uden for eget erhverv, alt afhængig af den konkrete sag. Dog arbejdsprøver jeg ikke altid uden for eget erhverv, fx hvis det er tydeligt dokumenteret ved lægepapirer, at arbejdsevnen ikke vil være bedre i andet erhverv eller hvis det nuværende arbejde er mindst lige så skånsomt som det alternative arbejdsprøvningssted. Begrundelsen for arbejdsprøvning i eget job skal kunne forsvares over for revisionen. Et eksempel: En alvorligt kræftsyg kvinde arbejder som pædagog og vil gerne fortsætte, men i fleksjob. Hun får af menneskelige hensyn og en faglig vurdering ’lov’ til at blive arbejdsprøvet i nuværende job, idet det på baggrund af ressourceprofilen, herunder de lægelige oplysninger, vurderes, at hun har en klar nedsat arbejdsevne og det vurderes at arbejdet som pædagog er det mest skånsomme i forhold til de begrænsninger hun har - hun får fleksjob til sidst.”

Borgernes udsagn indikerede, at der i kommunerne er problemer i at tolke lovens bestemmelser om hvornår og under hvilke betingelser, der skal arbejdsprøves før der kan visiteres til fleksjob. Især synes der at herske tvivl om, hvornår der kan arbejdsprøves inden for samme arbejdsplads og hvornår en arbejdsprøvning skal foregå uden for eget erhverv.

Sagsbehandlerne blev ved interviewene spurgt om, hvorvidt man kan arbejdsprøves i eget erhverv og hvis ja, hvad ville eksempler på det så være. Svarene fordeler sig i to hovedgrupper. Den ene gruppe af sagsbehandlere, mener som hovedregel, at man ikke eller kun meget sjældent kan arbejdsprøves i eget erhverv / på samme virksomhed som hidtil. Den anden gruppe af sagsbehandlere mener godt man kan arbejdsprøves på egen arbejdsplads, hvis det samlede billede taler for det.

## Sygdomsforståelser

*(Ingen udsagn fra borgerne. Borgerne blev stillet spørgsmål om sygdomsforståelse, men spørgsmålet virkede ikke i interviewsituationen – det gennemgæede svar var, at det havde folk svært ved at svare på...)*

*Sagsbehandlerne:*

”Sygdom er en påført tilstand, der giver dig en varig eller midlertidig funktionsnedsættelse. Et eksempel på noget, der ikke er sygdom er fx en der siger ”Jeg er ordblind, så jeg kan ikke arbejde”. Det giver blot nogle funktionsbegrænsninger, men det er ikke sygdom. Fibromyalgi, whip-lash mfl. (”de nye sygdomme”) kan godt være sygdom, i hvert fald oplever borgerne selv at være syge. Men det gælder så om at få borgeren ud af den oplevelse. Men det er meget ressourcekrævende.”

”Sygdom kan være socialt betinget, fx når en mand slår sine kone, og hun så siger hun har det psykisk skidt, eller hvis der er økonomiske problemer. Det gælder så som sagsbehandler at være vaks ved havelågen. Stress, udrændthed, depressioner er tilstande med følgesygdomme, der giver folk skavanker. Stress er ikke en sygdom, men folk bliver uarbejdsdygtige af det. Depression ses ofte hos blandingsmisbrugere, og så gælder det om at der gøres noget ved dét problem. Er de så i behandling for det, så kan vi sagtens lægge planer for arbejdslivet.”

”Vi skelner mellem sociale problemer og helbredsproblemer. Man kan være syg på grund af en social krise, fx en kvinde, der er blevet enlig forsøger, og som nu ikke kan overskue at få hverdagen til at hænge sammen; hente og bringe børn, gå på arbejde, købe ind osv. Så er hun ikke syg, men uarbejdsdygtig på grund af andre forhold. Vi er belært om, at stress på arbejdet ikke er en sygdom men en tilstand. Man skal være særlig opmærksom på, at der er en række følgesygdomme til stress, fx depression, forhøjet blodtryk og som er sygdom. Hvor der er en lægelig vurdering af, at en borger er syg, der er borgeren syg. Det kan give udfordringer for rådgiveren hvis lægerne er for ’gavmilde’ med udfærdigelse af lægeattester (det gælder dg ikke oplagte diagnoser som brækket ben, cancer, mv.). Vi diskuterer meget de sociale forhold. For eksempel ser man flere, der er opsagte i arbejde og som melder sig syge i slutningen af opsigelsesperioden. Deres læge skriver så ’depression’ på en lægeattest, selvom det i realiteten handler om en social krise pga. en fyring. I sådanne tilfælde burde fagforening og A-kasse gå ind og støtte medlemmet, men det gør de ikke. Vi har en problemstilling med ledige i A-kasse, der erklæres at være uarbejdsdygtige i nogen erhverv fra vores side, men som ikke betragtes som fuldt til rådighed i eget erhverv fra A-kassens side, hvorfor de kan risikere at ryge ud dérfra. Det kan derfor være bedre for folk at de raskmelder sig selv end at vi gør det, fordi folk ellers mister muligheden for at blive syge igen med samme årsag. Vi ser eksempler på folk, der er gået ledige i op til 10 år i A-kasse før denne begynder at stille krav til folk. Og så bliver de syge. Dér svigter A-kasserne, de burde have initiativer længe forinden og fx have kurser der kan rådighedsafklare folk. Som det er nu tørrer A-kasserne et problem af på os, og det kan have uheldige sideeffekter. Vi oplever at mange er blevet bange for arbejdsmarkedet og det er svært at ’få dem tilbage’ til AF og A-kasse regi igen, netop pga. arbejdsangsten. Hvis A-kassen havde taget hånd om deres medlem tidligere ville situationen havde været anderledes. Et andet eksempel: En kvinde, der var blevet opsagt fra sit arbejde hvor der var arbejdspladsproblemer, endte med sygdomsmelding i opsigelse perioden, da fagforeningen ikke havde formået at forhandle med arbejdsgiver. Hun var i realiteten ikke syg, men fik diagnosen ’depression’ af sin egen læge. Få år

efter ville hun gerne adoptere, men der blev givet afslag pga. den tidligere psykiatriske diagnose. En diagnose, hun altså senere, og med rette, anfægtede var reel. Vi skal hurtigt ind og afklare om der ligger noget bag en diffus lidelse. Vi skal fange psykisk sårbarhed før det udvikler sig til depression. Vores tanke er at folk skal i gang med noget fysisk arbejde hurtigst muligt i stedet for at gå rundt der hjemme, det bliver man ikke mere rask af. Når vi laver ressourceprofil efter førstegangssamtaler med stressede folk, så trænger folk ofte til at der sker noget, der skal være mulighed for at sende folk på kurser, der ikke er direkte arbejdsmarkedsrettede. Men noget med arbejdslivet skal kurserne have at gøre, vi er jo et jobcenter. Men vi har slet ikke tid til at afklare behov for sådanne kurser, hvis vi ellers kunne sende folk på dem. For når jeg får en borger med stress ind til samtale, så har jeg ikke tid til at lave den motiverende samtale på grund af de administrative krav, der tager tid.”

”Sygdom er uarbejdsdygtighed. Alle diagnosticerede sygdomme. Hvad lægen har defineret er sygdom. Tvivl om sygdom er i tilfælde, hvor jeg kan se der er sociale årsager til at borgeren kommer. Noget der ikke er sygdom er fx ikke-etniske danskeres klager over ”smerter” – de har en anden forståelse af sygdom end mig. I nogle tilfælde drejer psykiske årsager sig i virkeligheden om at borgeren er bange for ikke at kunne klare sig på arbejdsmarkedet – det kan jeg godt forstå, hvis borgeren ikke har haft et job i 15-20 år og ikke taler dansk. Et eksempel kan også være en vagtmand med 12 timers vagter med brækket ben: Han er nok ”syg” med sit ben og han kan ikke klare sit almindelige arbejde, hvor han skal gå og stå meget. Men han er ikke for syg til at klare andet arbejde, og derfor standses udbetalingen af sygedagpenge.”

”Sygdom er triste skæbner. Noget tidskrævende og omkostningsfuldt. Et helhedsbillede. Når man ikke kan gøre det man plejer at kunne.”

”Sygdom kan være mange ting. Jeg ser på om folk er uarbejdsdygtige. Nogle kan gå rundt med klare diagnoser og være syge, og så alligevel arbejde, mens andre har forskellige diffuse tilstande og kan ikke klare et arbejde. I sager med diffuse sygdomme eller psykiske lidelser kan man blive ved at få speciallægeerklæringer i en uendelighed, men man bliver ikke klogere, tværtimod. Jeg vil gerne væk fra diagnoserne og i stedet se på hvad folk har af muligheder. ”

”Folk er ikke syge når de har ondt i skulder eller ryg eller har smerter, men ikke ønsker at prøve et andet arbejde. Folk med stress eller depression, hvor syge er de egentligt? De skal ofte motiveres eller hjælpes til at komme i gang. Folk med udslæt eller eksem på armene, de er heller ikke syge. Folk er meget forskellige, de opfatter sygdom forskelligt. Nogle har ’bare’ ondt i livet. Folk med diskosprolaps, blodprop og cancer eller andre klare diagnoser, de er syge, og de er ikke svære at motivere til at komme i gang.”

”Diskusprolaps og et brækket ben er i hvert fald sygdom. Men hvad med en tilbagevendende dårlig ryg. Er det sygdom? Det kan være det i stedet er et livsvilkår, noget man skal lære at leve med. Jo flere læger, der kommer ind over, jo flere diagnoser kommer der på. Ofte er det livsvilkårene, der skal ses på i stedet for. Fibromyalgi og whip-lash er eksempler på noget, der kan være sygdom. Lægerne kan ikke finde årsagerne til smerten og lidelserne, men det kan være fordi det blot ikke er diagnosticeret endnu. Ingen kan sige noget med sikkerhed dér. Det samme gælder for indvandrerkvinder med mange smerter. Uanset om man mener det er sygdom eller ej, så har de mennesker problemer med deres livsvilkår, og det offentlige er nødt til at agere og hjælpe folk.”

”Sygdom er det som gør folk uarbejdsdygtige. Hvad det er, er forskelligt fra person til person. For eksempel kan et brækket ben gøre én person uarbejdsdygtig, fordi vedkommende har et stå og gå

arbejde, mens det samme brækkede ben for en anden med kontorarbejde ikke behøver betyde vedkommende er uarbejdsdygtig. Hvis der er problemer eller sygdom hos folks børn. Det vil så være noget Familieafdelingen skal tage sig af. Men hvis de ikke kan hjælpe, så melder folk sig syge så kan vi få dem her. For eksempel moderen til et dødssygt barn, der fik afslag på tabt arbejdsfortjeneste. Hun gik så i chok, medvirkende årsag er formentlig afslaget, som jeg heller ikke kunne forstå. Der er situationer hvor jeg vurderer, at borgeren på trods af genen burde kunne arbejde. Så får jeg bekræftet dette hos en læge, og så viser det sig ved en samtale, at der stikker mere under, fx at borgeren ikke er medlem af en A-kasse, og dermed har et problem med sit forsørgelsesgrundlag, fordi arbejdet er i fare. Et andet eksempel på noget andet, der kan stikke under, er et alkoholmisbrug, hvor borgeren har nægtet at gå på antabus. Men det er ikke nødvendigvis sådan, at borgerne bliver rasende, når jeg forklarer, at folk ikke kan få sygedagpenge, når situationen er som i de to nævnte eksempler. Tværtimod, så længe folk får en god forklaring, er det overraskende hvor meget de finder sig i.”

”Når folk siger til mig, de er syge, så er de syge. Så er mit udgangspunkt dét. Men loven siger de skal være uarbejdsdygtige. Et eksempel på nogen der ikke er syge? En mor hvis barn har en alvorlig lidelse, hun går ned psykisk på grund af dette. Der er lægepapirer på depression, men det hænger måske sammen med det andet. Hende lader jeg fortsat være sygemeldt. Familieafdelingen kører en parallel sag. Ellers er sygdom langt hen ad vejen det som læger siger. Men dette skal sammenholdes med, at der er en lovgivning som jo skal overholdes i forhold til begrebet om uarbejdsdygtighed. Jeg husker en sag hvor en mand fik en blodprop i hjertet, men blev helbredt for dette. Men han gik ned psykisk med en depression, han ville ikke åbne op, han var bange for at dø og kunne ikke tro på, at hans problem med blodprop var overstået. Så fysiske og psykiske sygdomme kan hænge sammen, og også følge af hinanden.”

”Da jeg læste faget socialmedicin under min uddannelse til socialrådgiver snakkede vi meget om, hvad sygdom er. Jeg mener det er hvis man ikke slår til fysisk eller psykisk i forhold til hvad man skal kunne klare på arbejde eller i hverdagslivet. Om man er syg afhænger meget af hvad man selv mener, det er ikke nødvendigvis en læge, der kan afgøre om folk er syge. Nogle, der ikke er syge: Når folk føler de ikke kan leve op til at præstere i forhold til kravene. Eller det kan være de pågældende prioriterer andre områder af deres liv. ’Det er ikke hvordan man har det, det er hvordan man tager det’, som man siger. Det har jeg set flere gange. For eksempel en mand, der kom til at skære det halve af sin finger af med en økse. Han havde ikke én eneste sygedag. Eller et andet eksempel: En kvinde med sclerose, der i årevis har passet sit kontor / servicearbejde på trods af sygdommen, og ved brug af blandt andet rollator.”

”Jeg er nok lidt traditionel, der skal være en diagnose, for at det er sygdom. Hvor en sygemeldt ikke er syg kan være hvis der er dårlige familieforhold, hvor borgeren klager over arbejdsmarkedet eller mobning på arbejdspladsen. Eller hvor der mangler motivation for et fuldtidsarbejde. For eksempel når man ved fleksjob skal fastlægge timetallet. Det sker ofte at borgeren overvurderer sin egen sygdom, går rundt med et overdrevent sygdomsbillede.”

”Det er ikke min opgave at vurdere om folk er syge. Når folk kommer til mig, er de syge og modtager sygedagpenge og før jeg ser sagerne, er de blevet vurderet af fokusgruppen. Jeg er jo hverken læge eller psykiater, min opgave er at hjælpe med at få folk væk fra en langvarig sygemelding og tilbage til deres normale situation.”

”Hvad der er sygdom kan man diskutere. Det er fx ikke sygdom, når folk er stressede, har dårligt arbejdsmiljø, har en eksistentiel krise eller lidt ondt i ryggen. Men de samme ting kan medføre depression som er sygdom. Ellers er sygdom hvad der ligger en lægelig diagnose på. Men det er faktisk ikke så vigtigt, det er vigtigere at se på folks funktionsniveau og tiden der er gået med sygemelding. For eksempel kan en korttidssygemeldt borger med ondt i ryggen være en, man skal have ud i arbejde hurtigst muligt, mens en anden borger med ondt i ryggen skal sagsbehandles anderledes. Nogle sygdomme kan handle om nogle helt andre ting, fx sociale forhold. Nogle bruger en sygemelding som et frirum til at være sig selv i en periode.”

”Når folk kommer til os, er det fordi de er syge. Kommer der en med ondt i ryggen, kan det skyldes andre forhold. For eksempel en enlig mor til tre med ondt i ryggen og meget mobile led. Hun HAR ondt i ryggen, leddene ER mobile, og hun KAN ikke klare et fuldtidsjob. Men hvis det ikke havde været for den sociale situation, ville hun godt kunne klare et fuldtidsjob. Opnåelse af et fleksjob vil i hendes situation være en måde at klare det hele på og samtidig betyde opnåelse af en vis anerkendelse.”

”Jeg er af den gamle skole. Der skal som hovedregel være en objektivt undersøgt diagnose. Jeg har det ikke dårligt med at raskmelde en person, der selv mener at være syg, men hvor de lægelige papirer siger noget andet. Eksempelvis en kvinde, der siger hun har meget ondt i knæet efter en operation, men hvor de lægelige udredninger siger at der ikke er noget i vejen nu. Der er en del borgere, der spiller mere syge end de er, og der er en del, der bare ikke gider arbejde.”

”Sygdom er noget der forhindrer dig at gøre som du vil både på arbejdsmarkedet og i privatlivet. Noget, der ikke er sygdom: ’Ondt i livet’, diffuse lidelser, smerter her og dér og alle vegne. For eksempel hovedpine, der ikke kan forklares. Når folk ikke har en diagnose. Hvad er så problemet? Så må man konfrontere borgeren med det, det kræver tid, og det kan være ubehageligt, fordi det ligger i situationen, at jeg er mistænksom over for om borgeren nu også fejler noget.”

”Sygdom er når en person er under indflydelse af funktionsnedsættende faktorer og ikke yder det forventelige i forhold til alder og intellekt pga. psykologiske eller helbredsmæssige forhold. Sygdomme er lettest håndterbare når de er synlige og målbare, fx et brække ben eller en diskosprolaps eller grå stær. Sclerose og cancer er klare sygdomme ofte med svære langvarige forløb. Jeg er venlig og lyttende over for cancerpatienter, de kan have det hårdt. Ondt i ryggen kan dække over sociale problemer, det er diffust og kan være svært. En kvinde med fibromyalgi er også svær at have med at gøre, men det er en sygdom, det tager bare lang tid at diagnosticere. Problemet er at få alle de sociale påvirkninger siet fra og finde den reelle sygdom. En diffus lidelse kan dække over dårligt ægteskab, vanskelige børn, mobning på arbejde, lavt selvværd etc.”

”Folk er i udgangspunktet syge, når de er sygemeldte. Stress-sager kan være svære at afklare. De stiller krav til mig om at jeg kan beskrive og spørge ind til borgerens situation, det sætter store krav til min faglighed. Men jeg har det ikke sådan, at angst, depression og psykiske lidelser ikke er sygdomme, for det er det. Og hvis jeg er i tvivl, kan jeg bede om en lægeattest om uarbejdsdygtighed.”

**Fokus på arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

*Borgerne:*

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?****Kommunikation / samtale \***

”De havde fokus på fremtiden. Mine rygproblemer har slet ikke skulle uddybes. Der har kun været overfladisk snak om mit tidligere arbejdsliv. De har slet ikke spurgt nok indtil hvad mine ønsker er.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Der blev talt om både arbejdsliv, sygdom og erhvervsfremtid, samt hvad jeg kunne tænke mig. Men snakken om arbejdsliv var mest snak om noget man kan læse i et CV, dvs. en oprensning af steder jeg har arbejdet.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Sagsbehandlernes fokus var på arbejdssituationen, de gik ikke bagud i tid og så på mit arbejdsliv, bortset fra nogle facts om hvor jeg har arbejdet tidligere.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Vi har ikke snakket om sygdom. Vi har talt om fremtiden, hvad jeg kan komme til at lave fremover. Og så har vi talt om hvad jeg tidligere har lavet. Det har dog mest være oplysninger, der kunne stå i et CV, oplysninger de ville kunne læse sig til. Vi har ikke talt om mit arbejdsliv ellers.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Jeg var interesseret i min fremtid. Sagsbehandleren snakkede mest om sygdom.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Sagsbehandlerne har støttet sig meget til lægeattester og speciallægeerklæringer. Så de har ikke interesseret sig særligt meget for mit arbejdsliv og mine interesser. Jeg havde forventet mere interesse fra deres side i at få folk tilbage på arbejdsmarkedet.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Min første sagsbehandler spurgte ikke ind til mit arbejdsliv, det gjorde den seneste derimod. Med den første var fokus blot på, at jeg også har en uddannelse om pædagog, og at jeg måtte kunne bruge den. Det har faktisk været en forudsætning for min afklaringsproces, at kommunen interesserede sig for mit arbejdsliv, for hvis man ikke kender til det, kan man ikke forstå mine fremtidige muligheder og interesser. Der har ikke været særligt fokus på min sygdom; slidigt er jo ikke synligt. Desuden har hele forløbet også været en afklaringsproces for mig selv, selv at forstå, at jeg har en funktionsnedsættelse lidelse, for normalt ville jeg fortsætte med arbejde til jeg segner.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Mit fortidige arbejdsliv har man ikke fokuseret så meget på. Der har heller ikke været fokus på sygdom, det har mest handlet om min fremtidige erhvervsfunktion. Hvis jobkonsulenten havde kendt til min arbejdslivshistorie, havde han nok tidligere forstået mine muligheder. Og så kunne arbejdsprøvningen været undgået.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Sagsbehandlerne har haft fokus på det fremtidige. De har ikke været dybdeborende nok i forhold til mit arbejdsliv og har ikke taget hensyn til min sygdom.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fremtid?**

”Sagsbehandlerne har stort set kun vægtet fremtiden. De har ikke spurgt til hvordan min sygdom er opstået. De har heller ikke spurgt nærmere ind til mit arbejdsliv, de har kun været interesseret i fakta, den slags oplysninger som står på et CV. Hvis de havde interesseret sig for min sygdoms opståen og mit arbejdsliv, ville de meget bedre kunne have forstået, at jeg ikke bare er en person, der vil have penge for ikke at lave noget, men at jeg er interesseret i at klare mig selv ved at arbejde.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fritid?**

”Vi har talt udmærket om alle de forskellige ting, Arbejdsliv, sygdom eller fremtidige muligheder.”

**Arbejdsliv, sygdom eller fritid?**

”Der blev mest snakket om fortiden, altså det forudgående arbejdsliv. Både som en opstilling af steder, jeg har arbejdet, og om betydningen af min skavank i forhold til arbejdet. De var på den måde dygtige til at spørge ind til relevante ting.”

*Sagsbehandlerne:*

”Borgeren siger til at starte med ofte ’Hvad skal jeg her, jeg er jo syg’. Så forklarer jeg om lovgivningen, dens formål og de muligheder den giver for at støtte borgeren i at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. I dagens Danmark giver arbejde identitet. Det er vigtigt for folk at have et arbejde, og de fleste vil gerne tilbage igen. Men de er ikke altid klar over, hvad de kan gøre. Til at begynde med giver jeg folk mulighed for at tale ud om deres sygdom og situation. Normalt taler vi ved første samtale ikke om de konkrete muligheder for tilbagevenden til arbejde, for det er de svære sygdomme, jeg sidder med, og folk skal først have ro på. Deres psykiske og fysiske tilstand fylder meget dér. Først når de får det lidt bedre, kan vi tale om arbejdsmarkedet. Endvidere er der det aspekt, at når jeg modtager sagen i opfølgning er den enkelte borger som regel midt i et behandlingsforløb og derfor ikke i stand til at påtage sig nogen former for arbejde.”

”Vi tænker hele tiden på arbejdsmarkedet. Men vi leverer en individuelt tilpasset ydelse efter borgerens behov, nogle har behov for at snakke meget om sygdom først. Eksempelvis end mand, der tidligere er flygtet fra krig i Mellemøsten, nu sygemeldt borger med rygsmerter. Der aftales behandlingsforløb med fysioterapi, og manden fortæller selv undervejs det går godt. Men pludselig har han været til psykiater også, og efter 16 uger finder jeg ud af, at manden har svære psykiske problemer med voldelig adfærd på grund af hans oplevelser med deltagelse i krig. Så har jeg altså brugt 16 uger på at følge op over for noget helt forkert. Hvis jeg havde haft bedre tid, havde jeg måske tidligere kunne se, at hans problemer handlede om noget helt andet end ryggen. Men på grund af tidsmanglen, kom jeg til at lægge stor vægt på hvad manden selv umiddelbart fortalte.”



”Vi ser på arbejdsmarkedet, borgeren vil gerne tale om sygdom. Vi taler så gerne i starten om sygdommen, fordi borgeren har behov for det. Men ellers er vores fokus på arbejdsmarkedet: Hvordan kan vi få borgeren tilbage på arbejde? Vi taler om de konkrete muligheder for at komme i gang igen på arbejde eller forblive på arbejdsmarkedet.”

”Der tales mest om arbejdslivet. Hvordan vi får borgeren tilbage på arbejdet. Vi bruger en arbejdsmarkedstækning. Vi er joborienterede.”

”Mit fokus er arbejdslivet. Det er det samme med folk, der har klare diagnoser. Men folk der har psykiske lidelser, de har meget fokus på sygdom.”

”I sager med svære og afklarede sygdomme, fx blodpropper, cancer, og hvor folk har et arbejde, taler jeg meget med om sygdom, for de er meget syge, og folk har efterfølgende ofte selv et fokus på at komme tilbage på arbejde, når de kan. Når folk ikke har et arbejde og begynder at blive mere langvarigt eller sygemeldte gentagne gange, og de ikke har klare diagnoser, det kan fx en dårlig ryg, så taler vi mere om folks livsvilkår og sociale forhold. For så er der som regel også nogle andre problemer end det, de er sygemeldt for.”

”Fokus på mig er altid på begge dele. Hvis folk er meget sygdomsfikserende, så prøver jeg at høre om borgerens ønsker til hvad han skal lave når han er raskmeldt. Jeg siger altid ’når’ og ikke ’hvis’. Det gælder for mig om at motivere og inspirere til at folk har nogle ønsker. Det er nemmere at arbejde med folk, der har et arbejde. De arbejdsløse har typisk lavt selvværd og ringe selvtillid.”

”Ved første samtale tales mest om sygdom og borgerens situation. En borger med arbejde har ofte selv fokus på arbejdet, især dem der har en svær sygdom. Ved anden og tredje samtale er det afhængig at lidelsen, hvor meget der kan fokuseres på arbejdsmarkedet. Men det er jo ikke nogen hemmelighed, at arbejdsmarkedet fylder meget, idet det jo uanset hvordan vi vender og drejer det, handler om hvordan, hvornår og på hvilken måde den enkelte kan vende tilbage til arbejdsmarkedet.”

”Første samtale handler mest om at forklare folk formålet med samtalen. Vi taler mest om sygdom og borgerens arbejdssituation, hvornår kan de komme tilbage, hvad er deres eget perspektiv. Jeg spørger også til sociale forhold, familierelationer, især børnene, og hvordan med økonomien. Senere indsnævres fokus til at være forholdet mellem sygdom og arbejde, så vi går fra et bredt til et mere fokuseret perspektiv”.

”Jeg kan i løbet af samtalen vurdere borgerens indstilling til at arbejde. Er der tale om en borger, der hele tiden vender tilbage til en sygdoms begrænsninger, og dermed ’beskytter’ og ’plejer’ sig selv? Eller er det en borger, der tydeligvis har knoklet hele sit liv og har selv har fokus på at komme tilbage? Der kan også være tale om en borger, der i samtalen hele tiden vender tilbage til, at det er samfundets skyld.”

”Der tales om både arbejde og sygdom ved samtalerne. Arbejdet er vigtigst for mig. Jeg stiller typisk spørgsmålet til borgeren: ”Hvad vil du gøre for at blive rask?”. Der findes ikke en ’det er synd for mig-paragraf”.

”Jeg begynder altid at tale med borgeren om sygdommen. Så taler vi om de fremtidige erhvervs muligheder. Hvis det er relevant ser jeg så på hvad borgeren tidligere har lavet. I så fald ser

jeg på tre forhold: 1) Hvilke typer job borgeren har haft hvornår. 2) Begrænsninger i forhold til at arbejde. 3) Borgerens attitude eller holdning til det at arbejde.”

”Som udgangspunkt er borgerens fokus på sygdom, og så får vi over tid mere og mere fokus på arbejdsmarkedet. De meget alvorligt syge, fx med cancer, taler hurtigt om arbejdet. Dem, der ikke har fokus på arbejde, er dem der ikke er glade for arbejdet, og de har mindre alvorlige sygdomme.”

”Nogle borgere ’elsker’ at snakke om deres sygdom. Det er ikke dem, der er mest syge med de alvorlige sygdomme. De er nemlig oftest meget afklarede både med deres sygdom og deres ønske om at vende tilbage på arbejde. Når der er tale om diffuse lidelser, vil folk meget gerne snakke om sygdom og sjældent om arbejdsmarkedet. Jeg spørger om de mon er bange for arbejdsmarkedet? Der må ligge noget bag. Måske er det en fyring eller andre sociale kriser, der har udløst deres sygdom.”

”Vi taler om sygdom til at begynde med – de er jo kommet til en SYGEDagpengeafdeling. Men så snakker vi mere og mere om arbejde, afhængig af, om vedkommende er i arbejde eller ej. Skal pågældende tilbage til hidtidige eller noget andet på samme arbejdsplads, eller måske søge nye veje.”

”Første samtale tager længere tid, typisk er det efter denne jeg udarbejder ressourceprofil. Typisk snakker vi om sygdom først og om hvad der er sket siden sidst, med mindre der er tale om en person i arbejdsprøvning. Og ellers sonderer jeg om fremtiden, borgerens ønsker og forventninger. Hvis det er en person i et ansættelsesforhold så spørger jeg om der er behov for inddragelse af arbejdsgiveren. Mit primære fokus er forholdet mellem sygdom og tilknytningen til arbejdsmarkedet, men jeg spørger naturligvis også til de andre aspekter i borgerens liv, herunder familie, netværk, økonomi osv.”

### **Tværfaglige kompetencer hos sagsbehandlerne**

*Borgerne:*

#### **Viden om sygdom og jobfunktioner**

”De har ikke forstået årsagen til min sygemelding.”

#### **Viden om sygdom og jobfunktioner**

”En sådan scanning fortalte så at der var betændelse i slimsækken. Så blev jeg opereret på en privatklinik. Man ”borede knoglen ud” og fjernede den betændte slimsæk. Det hjalp, men det var ikke sjovt. Så fulgte en periode med genoptræning. En fysioterapeut fortalte mig, at genoptræning i tilfælde som mit typisk varer mellem tre og tolv måneder. Jeg var så til en samtale i kommunen. Jeg havde indtryk af, at sagsbehandleren ikke kunne forstå den lange genoptræning.”

#### **Viden om sygdom og jobfunktioner**

##### **Arbejdsprøvning \***

”Jeg skulle arbejdsprøves i en børne- og dametøjsforretning. Jeg sagde på forhånd, at det kunne mine arme nok ikke klare, når varerne skulle pakkes ud og stilles på plads på hylderne. Men

kommunens jobkonsulent sagde, at det jo kun var måske fire gange om året sådan en forretning får nye varer, så det ville ikke være noget problem. Det viste sig, at man i denne forretning, som i lignende forretninger, meget hyppigt får nye varer hjem, alene af hensyn til manglende lagerplads. Så der var mange varer at flytte på plads. Det endte med, at jeg ikke skulle arbejdsprøves dér alligevel.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner****Ventetid på opfølgning \***

”Ventetiden blev ekstra lang på grund af en udtalelse fra kommunens lægekonsulent, der – uden at have set mig – mente jeg kunne blive rask af kalktabletter og D-vitamin. Min egen læge blev rasende og fik argumenteret imod denne erklæring fra en læge, der aldrig har set mig.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner**

”Det er vigtigt at sagsbehandlere altid forbereder sig og sætter sig ind i sagerne før møder, og før de kommer med forslag til hvad borgeren skal gøre. Jeg oplevede jeg for nylig, at en jobkonsulent kontaktede mig og sagde hun havde et fleksjob på 20 timer til mig parat. Men det var på et renseri, noget som for længst er afklaret og beskrevet, at jeg ikke vil kunne klare.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner**

”Jeg føler ikke at de på kommunen forstod årsagen til hvorfor jeg ikke kan arbejde på fuld tid. Det var først til sidst. Jobkonsulenten havde ringe evne til at sætte sig ind i mine arbejdsfunktioner.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner****Kommunikation / samtale \*****Journalføringen \***

”Sagsbehandleren opførte sig som var hun læge, og hun misforstod meget. Eksempelvis sagde hun på et tidspunkt, at mine tvangstanker burde behandles af en psykiater. Men jeg har aldrig omtalt tvangstanker for hende, det har jeg ikke haft, og det har ingen læger sagt eller skrevet noget om. Jeg har derimod haft angst og fobier som følgevirkning af min stressede arbejdssituation, og det har hele tiden været under relevant behandling af en psykolog. Men det viste sig, da jeg fik kopier af hendes notater i min sag, at det blot var ét eksempel på grove misforståelser af hvad jeg havde sagt. Jeg sagde ét under samtale, og så skrev hun noget helt andet ned.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner****Kommunikation / samtale \***

”På det efterfølgende møde med jobkonsulenten gik det galt. Han spurgte ind til sygdom og om jeg havde andre skavanker. Da jeg sagde, jeg også havde smerter i armene, vurderede han, at jeg var psykisk syg. Han sagde det var psykosomatisk. Jeg klagede samme dag over ham. Efterfølgende var der en ny samtale, denne gang var min mand med, og fra kommunens side både jobkonsulenten og en sagsbehandler. Pludselig kunne alt lade sig gøre ifølge jobkonsulenten. Jeg kom så i arbejdsprøvning.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner****Kommunikation / samtale \***

”Sagsbehandleren i kommunen mente dog, at jeg ville have godt af genoptræning med fysioterapi. Når jeg indvendte, at lægerne sagde, at der ikke var udsigt til bedring, så sagde sagsbehandleren, at de i kommunen stolede mest på fysioterapeuterne(...). I juli 2007 skulle jeg til nyt møde, jobkonsulenten havde fundet et job til mig i en butik. Da jeg gentog, hvad lægerne tidligere havde

konkluderet, nemlig at jeg ikke skulle have stående arbejde, fandt jobkonsulenten så frem til, at jeg kunne arbejdsprøves i kommunens omstilling og borgerservice.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner**

”Jeg føler, at de i kommunen ikke har forstået årsagen til mine sygemeldinger. Jeg føler ikke de var særligt dygtige. Især fordi de ikke har lyttet nok. De har handlet mere ud fra fordomme end fakta.”

**Viden om sygdom og jobfunktioner**

”Generelt har de på kommunen ikke troet på mig, når jeg fortalte hvad jeg kunne og ikke kunne med mine rygproblemer. Kommunen og AF har talt hen over hovedet på mig.”

*(Ingen udsagn fra sagsbehandlerne)*

**Individuelt eller fælles ansvar for sager?**

*Borgerne:*

**Antal sagsbehandlere**

”I kommunen var der mange sagsbehandlere, jeg kan ikke huske hvor mange, men der har været et sted mellem fire og seks.”

**Antal sagsbehandlere**

”Jeg har flere problemer med kommunen. På de fem måneder, der nu er gået, har jeg talt med 10 forskellige sagsbehandlere. Jeg har sager kørende om tilskud til briller, medicintilskud, protesetilskud, en førtidspensionssag og om den kontanthjælp, jeg nu er på.”

**Antal sagsbehandlere**

”Der var skift i sagsbehandler to gange, og den ene af dem blev langtidssygemeldt.”

**Antal sagsbehandlere**

”Jeg nåede op på i alt syv forskellige sagsbehandlere, hvoraf jeg nåede at møde de fire. Jeg ønskede ikke selv en ny sagsbehandler; det skyldtes sygdom hos dem, arbejdsophør, kursus o.a.”

**Antal sagsbehandlere (forskellige kasser)****Ventetid på opfølgning \*****Regler Administration / falde i et hul \***

”Jeg har oplevet at være kastebold i kommunen. For eksempel har det været på tale med økonomisk hjælp samt hjælpemidler i hjemmet pga. min helbredssituation. Min sygedagpengesagsbehandler henviste mig så til en anden skranke i samme kommune, hvor jeg så skulle begynde forfra med at give alle oplysninger og forklare min situation. De snakker ikke internt sammen, og det er ikke effektivt, tværtimod skubber det min sag langt ud i tid. Forestil dig det samme, hvis du kommer til et bilværksted, og du får at vide, at du skal aflevere din bil tre andre steder også, med de tre andre ting, der skal klares. Og du får ventetiden hvert sted med, så det hele trækker ud.”

**Antal sagsbehandlere**

”Jeg fik mange gange nye sagsbehandlere. På fem år har der været 15-20 forskellige. Jeg har dog ikke været til samtale hos alle, jeg har kun snakket med dem alle i telefon.”

**Antal sagsbehandlere**

”Det skulle senere vise sig, at der skulle hele seks forskellige sagsbehandlere ind over min sag. Den første skulle på uddannelsesorlov, den næste var en vikar for den, der ellers skulle have min sag, så kom den nye, så var der skift til en særlig sagsbehandler, der tager sig af fleksjob, så var der en vikar for hende, så ophørte hun med sit arbejde osv. Det betød, at jeg følte jeg skulle starte forfra hver gang med min sag, for jeg kunne ikke være sikker på, hvor godt den sagsbehandler, jeg nu stod over for, havde kendskab til min sag.”

*Sagsbehandlerne:*

”Loven bestemmer mest, og ellers bestemmer jeg inden for lovens rammer. Ikke mange sager gennemgås med kolleger eller ledere. Alle sager over 52 uger drøftes. Ind i mellem har vi faglige udviklingsmøder, hvor sager kan tages op, men vi når reelt ofte ikke til at drøfte sagerne dér. Så jeg har næsten opgivet at tage sager med til de møder. I stedet kan det ske, at jeg spørger en kollega om, hvad hun vil gøre. Men der er ellers ingen der blander sig i mine sager.”

”Sager prioriterer ofte sig selv. Alle førstegangssamtaler får automatisk en dato i kalenderen, og det prioriteres at få dem visiteret til fx tilbud af hensyn til hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.. Derudover prioriteres sager, der er ved at falde for varighedsbegrænsningen. Mindre prioritet gives fx til fraværsmeldte gravide. (...). Jeg afgør sagerne som myndighed. Hvis borgeren er uenig, så forklarer jeg borgeren om elementerne i lovgivningen. Jeg tilrettelægger selv min arbejdsuge. Der er ikke nogen der blander sig i mine sager. Vi har forlængelsesgrupper 1 og 2 (ren cpr-fordelt). Faglige udviklingsmøder er hver anden uge. Dér kan vi tale både generelt om lovfortolkning og praksis, men også om konkrete sager. De konkrete sager står dog nederst på dagsorden og nås ikke altid. Der tages stikprøver af sager, hvem der gør det nu efter 1. januar ved jeg ikke, men det er vist den interne revision. Det er vist et lovkrav, at det foregår.”

”Det er meget individualiseret og selvstændigt arbejde. I hvert fald angående det personlige ansvar, hvis det går galt, for vi har ikke den fulde kompetence. Denne begrænses af lovgivningskrav, tidspres og lokale ledelsesprioriteringer, f.eks. forlængelsessager. Vores råderum er indskrænket, og vi mangler mulighed for fordybelse. Vi bruger hinanden. De faglige udviklingsmøder er i realiteten blot informationsmøder, for der er ikke faglig sparring dér eller i øvrigt. Forlængelsesmøderne er udmærkede, selvom de også indskrænker selvstændigheden i arbejdet. Men det er også en måde at sikre at der ikke er forskel på, hvordan forlængelsessager bliver håndteret. Sagsbehandlingen af den enkelte borger skal ikke være tilfældigt afhængig af hvilken sagsbehandler borgeren har. Der må være fælles måder at behandle sådanne sager på.”

”Sagerne inddeles fra starten i to grupper: 1) Psykiske sygdomme, misbrugere og diffuse diagnoser og 2) Konkrete diagnoser. På grund af en aktuel stigning i antallet af sager i gruppe 1 er gruppeopdelingen under overvejelse. (...). Alle forlængelsessager skal gennemgås i gruppen én gang om ugen. Det er rådgiverne som tager sager op på faglige udviklingsmøder, der holdes hver 14. dag. Ellers drøftes sagerne løbende. Vi har faglig sparring med en leder, hvor jeg afgør hvilke

sager ledelsen skal involveres i. Typiske sager jeg tager op på faglige udviklingsmøder: 1) sager som jeg synes er interessante. 2) sager hvor jeg er uenig med enten borgeren, virksomhedskonsulenten eller kolleger.”

Opdeling i gruppe 1 og 2. Jeg har sager i gruppe 2, de konkrete sygdomme. (...). Jeg bestemmer i sygedagpengesager og ledelsen bakker op. Ældre kolleger bestemmer i praksis også meget, men jeg har meget frihed under ansvar. Ansvar skal især forstås som lovgivningsansvar. Ulempen ved selvstændigheden i arbejdet er, at mine sager ved min sygdom eller ferie står stille og afventer jeg kommer tilbage. Der sker stikprøvekontrol af sagerne. Ved tjekket tages hele den fysiske sag og bliver gennemgået, og så får jeg en tilbagemelding på, om jeg har lavet god sagsbehandling og om loven er overholdt. Det er fint med et sådant kvalitetstjek. Det er en hjælp så jeg ikke sidder alene med et for stort ansvar.”

”Jeg bestemmer mest i sygedagpengesager sammen med borgeren. Jeg oplever ikke at blive ’overulet’ af en leder. Typisk drøftes tvivlssager ned nærmeste kollega. Jeg synes selv jeg er fagligt dygtig og kompetent. Kriteriet for at tage sager op til drøftelse på faglige møder bør kun være sagsbehandlerens egen tvivl, men jeg er meget godt dækket ind uden drøftelse på møderne. De faglige møder og ekstra drøftelser er mest godt for nyuddannede, der kan have mere tvivl. Jeg har heller ikke behov for forlængelsesmøderne. Men de kan da på kort sigt være på deres plads, hvis de er til for i en periode at klargøre hvorfor der er særligt mange forlængelsessager.”

”Jeg bestemmer mest i sygedagpengesager. Jeg bestemmer min egen faglighed og laver mine egne prioriteringer, dog er der lige nu fælles fokus på ledighedsydelsessager og forlængelsessager. Vi har opdelt os i to forlængelsesgrupper, hvor vi kan drøfter alle indstillinger om forlængelser. Der er stikprøvekontroller af sager, men jeg har ikke oplevet det længe. Der er faglige møder hvor sager kan tages op, men ofte er det sådan, at de konkrete sager til drøftelse står nederst på dagsorden, og så når man ikke at drøfte dem. Jeg kunne godt tænke mig lidt mere faglig involvering fra nærmeste ledere.”

”Jeg er ikke uddannet inden for faget og er vant til teamwork. Det er helt anderledes her, hvor enhver kan arbejde med sine sager og først få andre ind over, når det er gået galt. Det er fx helt op til mig selv om jeg vil prioritere opfølgning eller pensionssager. Ofte, når borgeren henvender sig, så prioriteres så dén sag. Jeg kunne godt tænke mig en overordnet udmelding om, hvordan sager skal prioriteres. Alle sager skal følges op efter et koncept. Det skal være et fleksibelt koncept med plads til forskellige indsatser afhængig af borgerens situation og behov. Jeg savner også mere fælles metode, dvs. metode for samtale, opfølgning, journalskrivning, håndtering af svære sager og hvordan vi tilrettelægger en afklaring.”

”Jeg bestemmer, dog drøftes forlængelsessager og sager hvor jeg er i tvivl, med gruppelederen. Jeg er sjældent i tvivl, jeg har siddet med sygedagpengesager i mange år. Der er ikke nogen der blander sig. Vi har faglige møder. Men der er mange til stede ved disse møder, så det kan være vanskeligt at komme i dybden med enkelte sager. Den, der har sager på dagsorden, kan føle hun er til eksamen. Jeg synes vi har fået en bedre kultur nu end tidligere, dvs. for 2-4 år siden. Det skyldes personaleudskiftning. Det er nu mere i orden at stille spørgsmål om noget man ikke ved, og det er en god udvikling.”

”Sygedagpengesager prioriteres over revalideringer, for de fleste revalideringer passer sig selv, og hvis de ikke gør, ringer folk gerne selv. Dermed forsøger jeg dog alligevel at følge op i alle mine

sager, og som det ser ud lige nu, er jeg ret godt med i det hele. Vi er blevet oplyst, at det vil være hensigtsmæssigt at følge mere op i sygedagpengesager under 52 uger, men sådan prioriterer jeg dem ikke. Jeg følger op i alle mine sygedagpengesager. Men ringer måske ikke til en borger to dage før hun skal opereres hvis jeg først alligevel kan få svar i forhold til den videre plan, efter operationen. Forsøger dog at overholde kravet om rettidighed. (...). Jeg bestemmer mest i alle mine sager. Vi har jo udpræget kompetence i alle vores sager, undtagen tilkendelse af førtidspension, her kan vi indstille, men ikke selv træffe afgørelse. 8 ud af 10 sager drøfter jeg med kolleger mere eller mindre. Nogle sager har jeg med på gruppemøder. Og ellers bruger jeg min gruppeleder eller nogle enkelte af mine kolleger som har siddet med området i mange år. Jeg oplever ikke indblanding i mine sager, men jeg har ikke noget at skjule, de må gerne kigge i mine sager.”

”Psykkiske sygdomme, depressioner mv. indkaldes oftere, det er svært at tale med dem kun i telefon. Så de prioriteres. Det samme gælder dem, der er ledige, de indkaldes fordi sagerne er sværere. Og ellers prioriteres overholdelse af tidsfrister ifølge lovgivningen. (...). Jeg snakker med de tre andre i fokusgruppen. Typisk i tvivlsager, det kan være alle typer sager. Nærmeste leder kan godt ’blande sig’ på den måde, at hun spørger til status i vores sager. (...). Jeg savner viden om, hvor hvilke kompetencer ligger i jobcentret. Altså ikke i sygedagpengeopfølgningen, men blandt alle andre, jeg savner overblik.”

”I praksis er det oftest folks forsørgelsesgrundlag, at få dette på plads, der står som første prioritet. (...). Vi har fuld kompetence, undtagen i sager med førtidspension. Enkelte sager diskuteres med kolleger eller leder. Det er sager, hvor der ikke foreligger en socialministeriel (’SM-’) afgørelse eller ankestyrelsesafgørelse.”

”Sagerne prioriterer sig selv, når der er en meget travl periode, fx hvis vi har ubesatte stillinger i afdelingen. Borgerne ringer og emailer og presser på den måde på for at få deres sag behandlet først. Forlængelsessager prioriteres også. Det er jo ikke rart, hvis borgeren pludselig står uden forsørgelsesgrundlag fordi jeg ikke har nået mit arbejde til tiden. Og ellers prioriteres opfølgningen i sagerne efter målgrupperne 1,2 og 3 – jævnfør loven. (...). Jeg har fuld kompetence til at iværksætte nødvendige foranstaltninger i sager, der hjælper borgerne til en raskmelding. Forlængelsessager forelægges for gruppelederen. Det er få sager derudover, som jeg drøfter med kolleger, måske højst hver tiende sag. Sådanne sager er sager hvor jeg er i tvivl om noget eller sager, hvor der er noget almenfagligt interessant. Der er ikke nogen der blander sig i mine sager.”

”Sygdommens art betyder mest for prioriteringen. Og ellers ser jeg på borgerens arbejdsmarkedstilknytning. Ved den indledende samtale foretager jeg en endelig prioritering, hvor jeg også prioriterer efter om der er diskrepans mellem årsagen til sygemeldingen og det borgeren udtrykker kombineret med borgerens attitude, det usagte – hvordan borgeren ser på sig selv og sine muligheder. Lovgivningskrav, herunder krav om kategoriseringer, betyder også noget i prioriteringen af sager. (...). Det er primært mig der bestemmer i sagerne. Sagerne prioriterer også sig selv fordi borgerne kan være meget opsøgende. Det kan være de spørger til hvordan det går med deres sag eller at borgeren har et akut problem. Andre blander sig ikke i mine sager. 5-10 % af sagerne drøfter jeg med andre.”

”I praksis er det meget op til den enkelte at prioritere blandt sagerne. Det hersker måske den uskrevne lov ikke at prioritere forlængelsessager, for der er alligevel ikke refusion at hente fra staten i disse sager. Sidste år oplevede vi en ledelsesbeslutning om at prioritere sygedagpengesager over opfølgning på revalideringer og ledighedsydelse. (...). Vi bestemmer som regel. Men vi er

hængt op af deadlines og lovgivningens rammer. Ellers har jeg stor autonomi. Jeg vender nok to ud af ti sager uformelt med en kollega. (...). Gruppelederen...(...)..kan vi også stille spørgsmål. Hun kan hjælpe med at træffe afgørelser, men er ikke en egentlig faglig konsulent. Ellers spørger gruppelederen til konkrete sager, når de er ved at nå til forlængelse. Men hun tager ikke fat i sagerne og gennemgår dem og ser hvordan sagsbehandlingen har været, hun spørger bare til status på sagen og minder os om dem. Vi har ikke kontrol eller supervision som sådan af vores arbejde.”

”Vi bestemmer selv i høj grad, under hensyntagen til lovgivningen. Vi tilrettelægger selv arbejdsugen. Der er et fagligt møde / gruppemøde hver anden uge, ofte dog kun én gang om måneden, hvor sager kan tages op. I det halve år, jeg har været her, har der typisk været mellem 0 og 5 sager i alt på hvert møde. I en tidligere ansættelse i en anden kommune havde vi en væsentligt anderledes måde at sparre sager på; dér havde vi ugentlige møder med mødepligt og fremlæggelse af alle tvivlssager. Da jeg spurgte til dette i forbindelse med starten på min ansættelse her i kommunen, fik jeg at vide, at der her i kommunen ikke er så meget fast sparring i den enkelte sagsbehandlers sager fordi det kan gå ud over den enkeltes faglige stolthed; det kan skabe ’sår’ på den faglige sjæl.”

”Sygedagpengesager er i fokus. Især kategori 2 sager. Sidst i prioriteringen ligger ledighedsydelse og allernederst revalideringer, de kører som regel af sig selv. (...). Tidsfristerne afledt af kategoriseringen i gruppe 1, 2 eller 3, bestemmer mest. Jeg har gennemgået næsten hver fjerde af mine sager med gruppelederen eller på faglige møder. Det kan ske at gruppelederen går ind i en sag efter henvendelse fra en borger.”

”Jeg prioriterer sygedagpengesager over opfølgning på revalideringer og ledighedsydelse. Revalideringerne går det som regel udmærket, så snart de er i gang, og problemet med ledighedsydelse er mangel på fleksjob, ikke dem der er på den. Blandt sygedagpengesager prioriterer jeg arbejdsrelateret stress, dem er jeg hidsig over for. Folk må selv kunne tilrettelægge deres arbejde og hverdag, så de ikke går ned med stress. Omvendt er det med svære sygdomme, specielt cancer, dem skal man ikke følge hidsigt op over for. De meget syge borgere er som regel dem, der vil selvom de ikke kan, men med viljen kan de meget (...). Jeg bestemmer mest i sygedagpengesager. ’Lådne’ sager drøftes med nærmeste kolleger. Jeg opsøger de kolleger, der ved mest. Der er meget få møder med fælles sparring. Men jeg har generelt heller ikke tid til at vente fx 10 dage på at få sparring på noget konkret. Men jeg ville ønske der var mere ensartet praksis på mange områder her i afdelingen. I stedet kører hver sagsbehandler sit eget løb.”

”Første prioritet er sygedagpengesager (...) under 52 uger. For eksempel, i valget mellem at prioritere en sag med 10 ugers sygemelding og en med 53 ugers sygemelding, så prioriteres 10 ugers sygemeldingen, idet der ikke gives refusion for sagen på 53 uger. Ligeledes viser flere undersøgelser, at jo længere tid at borgere er sygemeldte, jo sværere er det for dem at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Så der er både et socialfaglig og et økonomisk aspekt i forhold til denne prioritering. Jeg sidder også med revalideringer og sygemeldte ledighedsydelsessager. Revalideringssagerne har lavest prioritet, idet borgeren er i gang med et uddannelsesforløb og ofte ’passer sig selv.’ Ydermere har revisionen ikke haft fokus på disse sager endnu. Men der er nu ved at komme fokus på sager på over 52 uger, idet dette er en stor udgift for kommunen. (...). Lovgivningen sætter rammerne, og ellers er det samarbejdet mellem sagsbehandler og borger, der bestemmer mest. Jeg følger ikke jeg bestemmer alene, jeg lytter meget til borgerens ønsker og de lægelige vurderinger, men det er klart, at min opgave er at agere ud fra de lovmæssige krav. Jeg



spørger min kollega eller gruppelederen om ca. én sag hver dag. Vi har også faglige møder, som jeg bruger. Jeg føler, at jeg får en tilstrækkelig faglig sparring.”

### **Regelstyring eller fleksible løsninger tilpasset den enkelte?**

*Borgerne:*

#### **Administration / regler**

##### **Fleksjob \***

”Min arbejdsgiver ville gerne ansætte mig på deltid. Jeg gik så til kommunen. Der blev fundet en udmærket løsning. Jeg kom på daværende §28 (nuværende §56), en aftale, hvor jeg fleksibelt kunne arbejde færre timer efter behov. Det blev ordnet sådan, at jeg holdt fri hver onsdag, og så kunne jeg klare mig igennem arbejdsugen. Indtil for halvanden år siden fungerede det fint. Men så meddelte kommunen mig, at jeg slet ikke var berettiget til at være på den ordning. Derfor skulle muligheden for fleksjob afsøges. Jeg fik så lavet en arbejdsevnevurdering på Arbejdsmedicinsk afdeling. Arbejdsprøvningen foregik i banken med fuldtidsarbejde, som jeg fra tidligere vidste jeg ikke kunne klare. Lægerne understøttede også dette, men jobkonsulenten i kommunen mente noget andet, så der var ingen vej udenom. Jeg klarede mig igennem arbejdsprøvningen og er nu kommet på en 50/50 ordning, hvor kommunen kompenserer min arbejdsgiver 50% lønudgift. Aktuelt er jeg dog kun på 30% nedsat tid. I praksis har jeg samme arbejdstider som under den tidligere ordning, men det er dyrere for kommunen nu.”

#### **Administration / regler**

”Siden viste røntgen og scanning af nakken, at jeg har en voldsom slidgigt, som siden også er kommet til andre dele af kroppen. Jeg henvendte mig til kommunen. Men de kunne ikke hjælpe mig, fordi de ikke havde modtaget dagpenge-refusionsskema fra min arbejdsgiver (...). Så med min egen kommunes briller var jeg ikke en sygemeldt, som de skulle sagsbehandle på. Da refusionsanmodningen endelig kom, sagde min kommune, at jeg nærmede mig forlængelse.”

#### **Regler Administration / falde i et hul**

##### **Ventetid på opfølgning \***

##### **Antal sagsbehandlere\***

”Jeg har oplevet at være kastebold i kommunen. For eksempel har det været på tale med økonomisk hjælp samt hjælpemidler i hjemmet pga. min helbredssituation. Min sygedagpengesagsbehandler henviste mig så til en anden skranke i samme kommune, hvor jeg så skulle begynde forfra med at give alle oplysninger og forklare min situation. De snakker ikke internt sammen, og det er ikke effektivt, tværtimod skubber det min sag langt ud i tid. Forestil dig det samme, hvis du kommer til et bilværksted, og du får at vide, at du skal aflevere din bil tre andre steder også, med de tre andre ting, der skal klares. Og du får ventetiden hvert sted med, så det hele trækker ud.”

#### **Regler / administration / falde i et hul**

”Situationen nu er, at jeg ikke er berettiget til revalidering, pension eller arbejdsprøvning. Jeg har klaget til teamlederen for sagsbehandlerne, det kan da ikke være rigtigt efter 16 års ansættelse. Jeg skal starte job 1. oktober, idet der kun er kontanthjælp tilbage, og det vil jeg bare ikke. Jeg ved ikke om ryggen holder, idet afprøvning ikke har fundet sted.”

**Regler / administration / falde i et hul**

”Jeg spurgte kommunen om muligheden for fleksjob. De sagde, at det var jeg ikke berettiget til. Men de ville gerne indstille mig til førtidspension. Jeg var dog ikke interesseret i blive førtidspensionist før jeg fyldte 30, jeg ville hellere arbejde.”

**Administration / regler**

”Jeg er nu i fleksjob 15 timer ugentligt, tre timer om dagen. Hverdagen er samlet set lidt hård, for jeg er nødt til at tage direkte hjem og sove i to en halv til tre timer hver eftermiddag, så der ses i øjeblikket på mulighederne for at jeg få færre timer. Umiddelbart er min nye chef indstillet på at jeg evt. kunne gå ned i tid, men Personaleafdelingen, som står for den økonomiske side er ikke indstillet på dette, for det vil på grund af reglerne for tilskud til arbejdsgiver betyde, at arbejdspladsen taber penge ved at have mig. Foreløbig er det så aftalt, at jeg får etableret en hjemmearbejdsplads, så jeg én gang om ugen kan spare transporten til og fra arbejde.”

**”Tankegang”**

”Den første sagsbehandler virkede noget usikker og skulle hele tiden foreligge nyt for andre i kommunen før jeg kunne få svar. Den anden sagsbehandler virkede hverken særlig engageret eller dygtig, han skubbede i nogen grad ansvaret fra sig.”

**”Tankegang”****Arbejdsprøvning \***

”Nu er jeg så, efter igen at være på sygedagpenge, blevet tilbudt plads på et ’coachforløb’, en arbejdsvevneafklaring på fire uger. Og derefter har jeg så udsigt til et tre måneders forløb med arbejdsprøvning. Men hvad så hvis jeg også efter de yderligere tre måneder fortsat er afklaret om, at jeg gerne vil noget helt andet? Jeg har jo hele tiden selv været klar over, at jeg gerne ville noget andet. Så der er risiko for, at de forløb, jeg skal igennem nu, er spild af tid. Det er måske fordi kommunen arbejder meget regelbundet i stedet for menneskebundet. I stedet for det lange afklaringsforløb kunne kommunen langt tidligere have indhentet ikke blot den samme, men faktisk mere uddybende, information ud fra mit arbejde de seneste ti år.”

**”Tankegang”****Ventetid på opfølgning \***

”Generelt har sagsbehandlerne været godt klædt på. Men jeg har dog oplevet nogle eksempler på, at min egen fagforenings socialrådgiver har påpeget nogle rettigheder og muligheder for mig, som kommunens sagsbehandler derefter har stillet sig nølende over for. Typisk skal det jeg spørger til, først forelægges nogle andre på interne møder i kommunen, og så trækker det ud. Det er som om de tænker ”Kan det lade sig gøre?” i stedet for at tænke ”Hvad skal der til, for at det kan lade sig gøre?”. Hvad kommunen kan tilbyde er ikke skarpt nok; der er en tendens til at jeg skal passes ind i nogle kasser.

”Sagsbehandlerne har virket fagligt kompetente, når vi har siddet der. Vi kan ikke klage over enkelte personer. Men det er åbenbart svært for dem at planlægge, deres planer virker meget kortsigtede. Det er hele tiden noget med hvad der skal ske indenfor det korte tidsperspektiv. De mangler de langsigtede udmeldinger, også med de reelle tider, som sagen tager.”

*Sagsbehandlerne:*

”Ny lovgivning kommer henover natten og gerne med tilbagevirkende kraft, og man spørger sig selv: ”Hvad mener de?” Det er hændt, at vi har sadlet om i fortolkningen af loven. Eksempelvis angående begrundelse for forlængelse, hvor vi er gået fra at bruge § 22 stk.1 nr. 2 og 3 til nu i højere grad at bruge § 22 stk.1 nr. 4. Det er ikke altid godt nok med den faglige opdatering. Der mangler nu en faglig konsulent eller ekspert som vi kan trække på. (...). ”IT: Irriterende med forskellige systemer. (...) Ændringen, så vi ikke længere kan indstille direkte til pensionsudvalget, er totalt overflødig. Det gælder både ændringen som forsinkende element, og ændringen som faglig meningsløs: Jeg føler mig til grin, når mit arbejde skal vurderes af en person, der er meget mere uerfaren end jeg.”

”...når jeg laver opfølgning udelukkende for lovgivningens skyld. For eksempel i sager med gravide, der er sygemeldte til terminen, det kan fx være én, der skal have trillinger, så skal jeg bruge måske en halv time i alt på opfølgningssamtaler og yderligere tid på at skrive og registrere opfølgningen.

”I revalideringssager skal en formel blanket med Jobplan udfyldes. Men indholdet er det samme som det allerede udarbejdede i både ressourceprofil og i journalnotater. Det er tredobbelte arbejde. Det er også mindre godt med for mange administrative veje for at nå målet., fx i Førtidspensionssager, hvor sagen først behandles af os, så ses på af lægekonsulenten, dernæst tilbage til os, der tilretter ressourceprofilen, så går sagen til 2 afsnitsledere 1 fra Jobcenter 1 fra V/H, der ser på sagen, retur til os der igen skal tilrette profil, journal, sag skal evt. på forlængelsemøde torsdagen efter, udfærdige breve til borger mv. og så er der en gruppe, der laver indstillingen til pensionsudvalget. Et andet eksempel på overflødig administration er når vi skal henvise til en anden aktør med henblik på arbejdsprøvning. Så skal vi lave det i ressourceprofilen, hvor man i stedet kunne lave det på en mere enkel ”kryds og bolle blanket” hvor man så skriver, hvad de skal være opmærksomme på. Det fungerer sådan ved en aktør i Roskilde. Det ville også være mere logisk, fordi når vi skal udfylde ressourceprofilen, så kommer vi jo faktisk godt i gang med at lave netop det stykke arbejde, som vi beder den anden aktør om at udføre for os, når vi henviser, det er faktisk derfor vi henviser. (...). IT fungerer ikke optimalt. Det kunne være godt at blive lidt efteruddannet dér, fx i brug af arbejdsmarkedsportalen. Programmet ’ressourceprofilen’ er uhensigtsmæssigt med en cursor, der hopper hvorhen den vil, og desuden er der ikke den skriveplads, der skal være til at beskrive arbejds erfaringerne.”

”Der er for nyligt lavet ny lovgivning om tildeling af førtidspension: Før kunne jeg selv lave indstillingen, der blev drøftet med en leder og så forelagt pensionsudvalget. Nu laver jeg en ressourceprofil, der forelægges en lægekonsulent, så går sagen i § 18 udvalg, så til en anden sagsbehandler, der laver en § 19 indstilling, og så ryger sagen endelig i pensionsudvalget. Det er mere besværligt nu end før.”

”Mindre gode ting er lovgivningskrav om formålsløs opfølgning. For eksempel at skulle ringe og følge op hver 8. uge over for en gravid. Eller en person, der kører planmæssigt i en arbejdsprøvning. Dér skal jeg også følge op hver fjerde uge, og hver anden gang skal det være ved en samtale, hvor vi skal mødes, selvom der ikke kommer noget ud af det. Det tager tid med lokalebooking, forberedelse, mødeafholdelse og notatskrivning.”

”I sager med førtidspension indstiller vi ikke længere. Hidtil har jeg dog ikke oplevet, at det at skulle over min nærmeste overordnede med sagerne, har virket forsinkende, og hun har heller ikke været uenig i hvad jeg lægger op til. Men det giver en potentiel forsinkelse i sager og det er et overflødig led i sagsgangen. (...). IT: Kunne god tænke mig tekniske forbedringer i systemet til at lave ressourceprofil. Cursoren hopper ulogiske steder hen, og der er for lidt skriveplads. Der er også behov for opdaterede brevs-kabeloner, der fortsat er skrevet med henvisninger til den gamle dagpengelov.”

”IT kører elendigt.”

”...mængden af administrativt arbejde er gået meget op, når man ser blot 8-10 år tilbage.”

”...sager, der er kommet sent pga. arbejdsgiverens meget sent afsendte refusionsanmodning, en gentagen sygemelding efter tidligere langvarig sygemelding eller borgere, der er tilflyttet fra anden kommune. I sidstnævnte tilfælde kan der gå nogen tid før vi får sagen fra den anden kommune, og vi så kan begynde at behandle på den. Det går særligt lang tid, hvis det er tilflytter fra Københavns kommune. (...). IT-systemerne kunne godt være bedre samkørt, så det samme ikke skal skrives ind flere gange.”

”I førtidspensionssager er det er møgirriterende med den ekstra sagsgang over socialafdelingen. Vi kender dem dårligt nok, dem der skal indstille eller ej på baggrund af vores arbejde. Og hvis de sender sagen retur til os, er deres bemærkninger få og mangelfulde, det virker som om de bare vender tommelfingeren op eller ned. De er også lang tid om at give deres svar, og det giver besværligheder med om sygedagpengene i mellemtiden skal forlænges eller ej afhængig af deres svar. Vi håber på et bedre samarbejde med dem fremover.”

”På IT-området kører nogle ting molboagtigt, særligt journalskrivningen i almindelig tekstbehandling. Og med Schultz Grafisk fik vi først systemet, og en del senere fik vi så undervisningen.”

”Der er mange nye love at skulle kende i detaljer, fx feriepenge for revalidender. For tiden arbejder vi med både den gamle og den nye lovgivning, for dem der blev sygemeldt før den nye lov, gælder den gamle stadig. Det er dog efterhånden kun forlængelsessager, der er under gammel lovgivning. IT er learning by doing, der kunne godt være mere systematisk oplæring i systemerne.”

(Slut trin 1-4)

**Transskribering af semistruktureret interview**

torsdag d. 20. september 2007

**Bilag 7** igtidssygemeldt borger N.N.

## Transskriberingsregler:

[ ]	Overlap i samtale
( )	Uforståelig tale
<i>Kursiv</i>	Når taler selv understreger noget
NEJ	KAPITÆLER til høje udbrud
[Latter]	Til øvrige mundtlige udtryk
...	Til kortere pauser
[Pause]	Til længere pauser
'Citat'	Citater inden i den talte tekst omgives af apostrof
[Anonymiseret]	Egennavne, stednavne, særlige tidsangivelser, diagnose, og andre personhenførbare oplysninger.

---

Interviewer (I): Aksel Skovgaard Clausen.

Respondent (R): Langtidssygemeldt borger N.N.

---

- 1 **I:** men øh, så vil jeg godt starte det egentlige interview.  
2 **R:** Ja.  
3 **I:** Og vi satser på at holde det på kan vi ikke godt sige...(interviewers finger peger på  
4 introduktionsbrevet, hvor der står, det skal vare ca. 45 minutter).  
5 **R:** Ja.  
6 **I:** Hvad du synes er henholdsvis et godt arbejde, hvad eksempler på et godt arbejde er? Og det  
7 mindre gode arbejde?  
8 **R:** Ja, men altså et godt arbejde er jo at man har nogle gode kollegaer, og der er et godt  
9 arbejdsmiljø, øh, og det at kunne sige sin mening, øh ja, arbejdsmiljøet og atmosfæren, der har også  
10 en betydning.  
11 **I:** Kan du uddybe det med atmosfæren, hvad er det for noget?  
12 **R:** Jamen altså, at man ikke, altså man ikke er et sted hvor det er trykket og sådan luftmæssigt, det  
13 må gerne være sådan åbent, eller der må gerne sådan være noget luft igennem, altså, naturlig luft  
14 eller hvad man kan sige ikke eller så man ikke bare bliver sat i en krog eller...  
15 **I:** Går det på, at øh, hvordan du har lov til at sige tingene, eller går det på nogle mere fysiske ting?  
16 **R:** Jamen, jamen det er nok begge dele, altså, det er nok øh, altså fysisk hænger det jo også  
17 sammen, at, at man er et sted hvor man, hvor man, altså kroppen kan være ikke, eller hvor man selv  
18 kan være, kan man sige.  
19 **I:** Ja.  
20 [Pause]  
21 **I:** Det var en god arbejdsplads, de ord du foreløbig nævner der. Kan du komme med nogle bud på  
22 hvad et mindre godt arbejde er?  
23 **R:** Jamen altså, jeg har tænkt lidt over det [latter]. Altså et mindre godt arbejde, jamen det kan være  
24 et hvor man ikke, hvor der ikke bliver givet plads til at sige sin mening og at der er for meget  
25 sladder i krogene.  
26 **I:** Ja...  
27 [Pause]  
28 **R:** Ja, og så man ikke bliver hørt, men det er jo næsten det samme.  
29 **I:** Hvem er det, der ikke hører?  
30 **R:** Øh, kollegaer eller ledere eller...  
31 **I:** Nogen, der ikke lytter?  
32 **R:** Ja, det kunne man godt sige.  
33 **I:** Ja, ja. Og hvad er det de ikke hører?  
34 **R:** Øh, jamen altså, hvis man har et problem med arbejdspladsen eller hvis man mellem kollegaer  
35 har problemer, ikke eller...  
36 **I:** Ja. Har..., har du erfaring med at du ikke bliver hørt, synes du?  
37 **R:** Øh, ja, det har jeg haft, det har jeg  
38 **I:** Eksempler?  
39 **R:** Øh, ja. Jeg har været i et køkken for år tilbage, jeg er jo uddannet [anonymiseret] og var egentlig  
40 blevet ansat til det.  
41 **I:** Ja.  
42 **R:** Og det, både lønmæssigt og arbejdsmæssigt, så synes chefen der, at det skulle jeg ligesom ikke  
43 bestemme og sådan noget, de havde ansat mig som servicemedarbejder.  
44 **I:** Ja.  
45 **R:** På den måde så kom det aldrig igennem, altså hverken få løn eller blive behandlet som det man  
46 var uddannet som, ikke altså.  
47 **I:** Ja, så det var noget, noget, noget simpelthen noget, noget fnidder på en eller anden måde  
48 **R:** [ja]  
49 **I:** i forbindelse med dit ansættelsesforhold, i dit formelle ansættelsesforhold  
50 **R:** [ja, ja, det er jo det]  
51 **I:** og hvordan det blev tolket i praksis?

- 1 **R:** Ja, det er rigtigt  
2 **I:** Ja, ja.  
3 [Pause]  
4 **I:** Okay, godt, se, nu vil jeg så gå videre.  
5 **R:** Ja  
6 **I:** Og det vil sige en ting, som jeg plejer at sige her i forbindelse med interviewet, at selvom vi  
7 formentlig kunne snakke videre en halv time om gode og dårlige arbejdsforhold  
8 **R:** [Ja]  
9 **I:** så er der nogle af spørgsmålene, der hopper jeg altså bare videre efter fem minutter,  
10 **R:** [Ja]  
11 **I:** fordi, øh, jeg tror på, at du siger det væsentlige til at begynde med.  
12 **R:** Ja.  
13 **I:** Så jeg vil ikke tærse så meget rundt i, i andre ting, som  
14 **R:** [Nej, nej]  
15 **I:** er mindre væsentlige, formentlig. Jeg går videre til spørgsmål nummer to. Og her er det allerede  
16 jeg begynder at afvige en lille smule fra de stive spørgsmål, der står, fordi jeg har fundet ud af, at,  
17 øh, det er lidt mere frugtbart, hvis jeg starter med at spørge dig om historien.  
18 **R:** Ja.  
19 **I:** Du har en eller anden form for historie med, du har en eller anden,.... du har haft en sygdom eller  
20 en skavank, du har haft en sygdom?  
21 **R:** Det er rigtigt, jeg har været sygmeldt, ja.  
22 **I:** Ja, og du har haft en arbejdsmarkedstilknytning  
23 **R:** [Mhm]  
24 **I:** af en eller anden art, og på et eller andet tidspunkt så starter der nogle problemer  
25 **R:** [Ja]  
26 **I:** med de to ting. Og kan du ikke fortælle mig, hvornår startede det ene eller det andet?  
27 **R:** Altså, altså med min, mit helbred eller...?  
28 **I:** Ja, ja.  
29 **R:** Jeg har rigtigt dårligt [Anonymiseret - bevægeapparatproblem]. Altså, jeg har også været  
30 hernede en gang og blive vurderet, kan man sige,  
31 **I:** [Ja]  
32 **R:** sidste år. Øh.  
33 **I:** Hvornår begyndt [anonymiseret-]problemerne, sådan...?  
34 **R:** Det er [anonymiseret – for år tilbage].  
35 **I:** Ja.  
36 **R:** Der lavede vi, hvad kan man sige, den første undersøgelse, ikke, hvor jeg fik afslag på, fra  
37 kommunens side af, at der var noget galt, ikke.  
38 **I:** Okay. Var der en læge, der undersøgte dig dengang?  
39 **R:** Ja, det var der, ja. Både nede i [anonymiseret] og så på kirurgisk, ikke, ambulatoriet.  
40 **I:** Ja. Det vil sige, der har været, der har været speciallæger i ortopædkirurgi  
41 **R:** [Ja]  
42 **I:** ind over?  
43 **R:** Ja.  
44 **I:** Okay. Men kommunen afviste der var noget?  
45 **R:** Ja.  
46 **I:** Det må du lige uddybe.  
47 **R:** Jamen altså, øh, der tilbage i [anonymiseret], der, hvad hedder det, der fik jeg ondt  
48 [anonymiseret].  
49 **I:** Ja.  
50 **R:** Og efterfølgende, ja så mente de, at, kommunen mente, at de [anonymiseret-]problemer jeg  
51 havde, det var på grund af overvægt og alt sådan nogle ting. Altså vi, jeg har papir på, at jeg fik

- 1 afslag, for de ville gerne have haft mig omskolet eller på revalidering eller et eller andet, ikke, men  
2 det var jeg ikke syg nok til.
- 3 **I:** Okay. Du ville gerne selv være blevet revalideret?
- 4 **R:** Ja, det ville jeg meget gerne, ja. For jeg er jo uddannet [anonymiseret], så det er hårdt stå op,  
5 ikke, altså.
- 6 **I:** Ja.
- 7 **R:** Og det gik sådan, det begyndte at gå ned ad bakke, der i 96', ikke.
- 8 **I:** Ja. Men kommunen gav afslag på baggrund af at, at det var bare forbigående, fordi du var for tyk,  
9 sagde de, og, og, og, var det noget med graviditeten mente de måske?
- 10 **R:** Ja, ja, altså det skulle være en belastning for at det nok rettede sig.
- 11 **I:** Ja, okay.
- 12 **R:** Og så lod vi faktisk tingene ligge der, ikke.
- 13 **I:** Hvem er 'vi'?
- 14 **R:** Mig og min mand og så min egen læge, ikke, altså han hoppede inden om os, ikke, for det var  
15 ham der ligesom også skulle lave sådan en opfølgingsplan, ikke.
- 16 **I:** Ja. Øh, nu skal jeg stille et direkte spørgsmål, du ser jo ikke specielt overvægtig ud, synes jeg?
- 17 **R:** Nej. [Latter]
- 18 **I:** Da vejede du mere dengang, eller?
- 19 **R:** Næ, da jeg vejede faktisk mindre end jeg gør nu, så, ja.
- 20 **I:** Hvordan kunne de så sige, det var på grund af overvægt, du ser jo ret normalvægtig ud?
- 21 **R:** Ja, det fordi de mener jo, at hvis man vejer for meget, eller hvis det er man har for mange kilo  
22 på, så er det [anonymiseret] det går ud over, så det har også været, sådan, meget sådan ikke, altså...
- 23 **I:** Har de taget fejl af en anden eller?
- 24 **R:** Ja, det kan man jo håbe de havde.
- 25 **I:** Ja, okay, øh, jeg vil altså tillade mig at skrive overvægt her i gåseøjne, fordi det, øh, virker  
26 mærkeligt, øh, på mig, umiddelbart. Okay. Så, så arbejder du så videre?
- 27 **R:** Ja, så, ja så har jeg, ja, jeg har faktisk og så frem til nu, kan man sige, der har jeg jo så gjort, jeg  
28 har både været i institutioner, altså jeg har været, arbejdsmæssigt har jeg været ude på  
29 arbejdsmarkedet, og selvfølgelig har jeg været hjemme i de perioder jeg har været gravid på grund  
30 af skavanker i underlivet, kan man sige, ikke.
- 31 **I:** Ja.
- 32 **R:** Ehem, så øh, alt i alt, så, men ellers, jeg har prøvet alt, fra at gøre rent til børnepasning og...
- 33 **I:** Det skal jeg sige, du skiftede selv, her indtil [anonymiseret] der arbejdede du faktisk som  
34 [anonymiseret].
- 35 **R:** Ja, der arbejdede jeg...
- 36 **I:** Og så i virkeligheden, så skiftede du selv fag, til forskellige
- 37 **R:** [Ja]
- 38 **I:** ufaglærte job i virkeligheden.
- 39 **R:** Ja, det gjorde jeg, for jeg ville gerne have med børn at gøre, ikke.
- 40 **I:** Som pædagogmedhjælper
- 41 **R:** [Ja]
- 42 **I:** og så videre.
- 43 **R:** Ja, det var jeg meget i en periode, ikke.
- 44 **I:** Ja. Så du fandt din egen løsning eller i hvert fald, det var måske nok
- 45 **R:** [Ja]
- 46 **I:** noget der var lidt mindre belastende
- 47 **R:** [Ja, det var det]
- 48 **I:** på en eller anden måde?
- 49 **R:** Det var det.
- 50 **I:** Ja. Og så har du så i den mellemliggende tiårige periode, der har du fået [anonymiseret] børn?
- 51 **R:** Ja.



- 1 **I:** Og du har så haft nogle naturlige afbræk fra arbejdsmarkedet i den forbindelse?
- 2 **R:** Ja, det har jeg.
- 3 **I:** Og hvad sker der så her, øh,
- 4 **R:** [Øh, jamen, så]
- 5 **I:** sidste år?
- 6 **R:** Ja, sidste år, sådan set, sidste år, foråret, der, der havde jeg så haft en sygeperiode, og så søgte jeg en stilling i avisen ude hos, eller ude på noget, der hedder [anonymiseret].
- 7
- 8 **I:** Ja.
- 9 **R:** Øh, var det i foråret, det var i [anonymiseret]..., nej jeg tror faktisk det var i [anonymiseret], der
- 10 efteråret, tror jeg faktisk, der over sommeren, ja. Så, øh, der er jeg ude på en kantine 20 timer om
- 11 ugen. Så tænkte jeg
- 12 **I:** [Ja]
- 13 **R:** det kunne godt være jeg skulle veksle det lidt, og det var ikke så hårdt og sådan nogle ting, så det
- 14 fungerede meget godt.
- 15 **I:** Ja.
- 16 **R:** Øh, det får jeg så, og jeg tager ud og snakker med hende, og så i foråret sidste år der må det
- 17 blive, ja, da, hvad hedder det, er der så en ude på den her arbejdsplads, der siger til ham, eller siger
- 18 til mig, at han har selv nogle skavanker, og har været igennem den der syge-
- 19 **I:** [Ja]
- 20 -tingelut, dér, så man kan få sådan en arbejdskonsulent ud,
- 21 **I:** [Ja].
- 22 **R:** eller jobkonsulent, hvad det nu hedder, for at vurdere arbejdspladsen, om man kan klare det og
- 23 sådan noget, fordi der havde jeg haft et par sygeperioder med [anonymiseret -
- 24 bevægeapparatproblem] og sådan noget, ikke,
- 25 **I:** [Ja]
- 26 **R:** hvor det havde været hårdt, ikke?
- 27 **I:** Ja, skal vi lige høre, kort, øh, hvad laver du der?
- 28 **R:** Der stod, der lavede jeg mad til de ansatte ikke, i kantinen. Altså, jeg var alene, det var en
- 29 enmandskantine.
- 30 **I:** Så, så det var en..., du [anonymiseret]
- 31 **R:** Ja.
- 32 **I:** Det var tyve timer, det var på den måde du...?
- 33 **R:** Ja, så tænkte jeg det var god arbejdstid, ikke, det var fra ni til et, ikke, så tænkte jeg, nå men det,
- 34 det var tæt på, og det kunne godt være jeg kunne klare det, ikke altså...
- 35 **I:** Ja.
- 36 **R:** Så må jeg ligesom prøve at komme videre.
- 37 **I:** Okay. Og så er der en der gør dig opmærksom på at, at øh, kommunen kan...
- 38 **R:** Ja, at man komme, man kan få sådan en...
- 39 **I:** Jobkonsulent, ja.
- 40 **R:** Ja, sådan en. Som kan komme ud og tjekke arbejdspladsen om der er nogle remedier man kan
- 41 bruge arbejdsmæssigt
- 42 **I:** [Ja]
- 43 **R:** for at bibeholde sit arbejde.
- 44 **I:** Ja.
- 45 **R:** Øh, og han kommer så ud og kigger, og vi snakker, og øh, så siger han så, at øh, umiddelbart så
- 46 vil han lave sådan en arbejdsvurdering på mig.
- 47 **I:** Ja.
- 48 **R:** Øh, og så synes han måske at hvis man kunne skære ned på..., en ugentlig fridag eller et eller
- 49 andet, så ville det måske være løsningen.
- 50 **I:** Ja.

- 1 **R:** Og så øh, ja så derfra, så bliver jeg så indkaldt sådan henover foråret til nogle samtaler og sådan  
2 nogle ting, ikke?  
3 **I:** Ja.  
4 **R:** Blandt andet kommer jeg herved og får lavet vurdering. Jeg har været på hospitalet  
5 [anonymiseret]  
6 **I:** [Ja]  
7 **R:** på ambulatoriet, kirurgisk.  
8 **I:** Ja.  
9 **R:** Øh, de går ind med kikkert, jeg har gået nede i [anonymiseret] også, ikke..?  
10 **I:** Ja.  
11 **R:** Samtidig han sendte han mig så herved efter en scanning, ikke.  
12 **I:** Ja  
13 **R:** Og så vurderer de så at, øh, at de mener man kan sætte nogle, fordi jeg har [anonymiseret], ikke.  
14 **I:** Ja  
15 **R:** Det hedder [anonymiseret] eller sådan noget.  
16 **I:** Ja.  
17 **R:** Øh, det får jeg så, efter det, alt det her gennem, der får jeg så vurderet, at det her, det er faktisk  
18 medfødt. Altså, det er en kronisk, eller hvad kan man sige, forandring, eller ikke forandring, eller  
19 lidelse eller hvad de kalder det, ikke.  
20 **I:** Ja.  
21 **R:** Og så øh, så går det faktisk rigtig meget ned ad bakke, og så i, [anonymiseret] måned, sidste år,  
22 blev jeg så opereret  
23 **I:** [Ja].  
24 **R:** og får sat skruer ind.  
25 **I:** Ja. Og hvordan var det, jeg skal lige høre, du havde stadig det arbejde ude ved [anonymiseret]?  
26 **R:** Ja, ja.  
27 **I:** Ja.  
28 **R:** Han var smadder sød, så... arbejdsmæssigt kunne det godt, øh...  
29 **I:** Blev det iværksat det med, du havde et tyve timer oprindeligt, og så sagde kommunens  
30 jobkonsulent, hvis du nu fik en ugentlig fridag,  
31 **R:** [Ja].  
32 **I:** blev det iværksat?  
33 **R:** Øh, altså [anonymiseret] mig og hende, vi lavede en aftale om, at hvis jeg havde brug for det, og  
34 sådan nogle ting, ikke, så kunne hun komme ud og hjælpe, så gjorde hun det, ikke.  
35 **I:** Ja.  
36 **R:** Ja, der var, altså man kan godt sige, at vi lavede selv en løsning på det, ikke?  
37 **I:** Ja, yes. Så blev du så opereret. Hjalp det?  
38 **R:** Nej.  
39 **I:** Nej.  
40 **R:** Og der kan man sige, der er det gået kraftigt ned ad bakke.  
41 **I:** Så det hjalp tværtimod, kan man sige?  
42 **R:** Ja.  
43 **I:** Det er gået ned ad bakke siden?  
44 **R:** Ja, det er det.  
45 **I:** Ja.  
46 [Pause]  
47 **I:** Hvordan øh, er det gået dig i forhold til arbejdet så? Hvis det er gået ned ad bakke?  
48 Jamen altså det er jo, altså det jo men, det jo, der kommer alt det her i det hvor at man kan sige, at  
49 det i december sidste år bliver jeg så indkaldt til sådan en samtale med sagsbehandler.  
50 **I:** Ja.

- 1 **R:** Øh, og ham jobkonsulenten. Ikke som havde set mig derude, men en anden som er tilknyttet det  
2 der, når man skal ud i
- 3 **I:** [ja]
- 4 **R:** arbejdsrevalidering eller et eller andet.
- 5 **I:** Ja, så der var både en sagsbehandler og en jobkonsulent?
- 6 **R:** Ja.
- 7 **I:** Ja.
- 8 **R:** Ja. Og, øh vi snakker sådan lige sammen, og så, meget kort, omkring sådan lige hvem er du, og  
9 hvem er de og bla-bla-bla, og så bliver jeg så indkaldt til et møde hos ham jobkonsulenten alene,  
10 efterfølgende.
- 11 **I:** Ja, ja.
- 12 **R:** Og der, jamen altså, der, der går det galt, altså der går det simpelthen galt den der  
13 kommunikation. Øh, og det, ja, jeg har faktisk klaget over det til [anonymiseret] kommune, hvor  
14 han kommer fra, men øh...
- 15 **I:** Ja. Hvad går galt?
- 16 **R:** Det gør det, at samtalen går ud på, at han spørger mig selvfølgelig, øh, helt præcist hvad det er  
17 at, øh, hvad kan man sige, hvad sygdommen er eller et eller andet.
- 18 **I:** Ja.
- 19 **R:** Og så siger han 'Er der noget andet, er der nogle andre ting eller skavanker?' og jeg er ikke  
20 typen der holder noget hemmeligt eller noget.
- 21 **I:** Ja.
- 22 **R:** Øh, så siger jeg så, 'Ja, jeg har det sidste halvandet år gået med nogle smerter i armene og sådan  
23 nogle ting, øh, ind i mellem kommer det hvor jeg ikke kan røre noget eller holde noget.'
- 24 **I:** Ja.
- 25 **R:** Så siger han faktisk, at øh, han siger faktisk, at han mente faktisk, at jeg var psykisk syg [Latter].
- 26 **I:** Okay.
- 27 **R:** Jeg var nok psykosomatisk, for at det skal være helt præcist.
- 28 **I:** Ja. Er du klar over hvad hans uddannelse er?
- 29 **R:** Øh, ja, det er jo det, altså jeg sidder på et kontor hvor at jeg faktisk sidde at læse samtlige  
30 borgeres journaler og opfølgninger, det hele det er meget rodet. Øh, og jeg er målløs, jeg havde det  
31 sådan, øh, 'okay, synes du det' og hvad skal man ellers sige, man sidder der og har aldrig prøvet at  
32 være i systemet på den måde før. og bliver mødt på den måde, altså, jeg, det sortner fuldstændig for  
33 mig, og så øh, siger han så, at han vil kontakte mig, når han har snakket med sagsbehandleren  
34 omkring hvad de skulle sende mig ud i. Øh, og så går jeg derfra, og jeg er fuldstændig grædefærdig  
35 og går hjem og ringer til min mand, og sådan noget. Og så ringer han op til arbejdsformidlingen og  
36 spørger hvad de har gang i. De havde en som var klogere end alle andre eller psykolog så var det da  
37 fint nok,
- 38 **I:** [Ja]
- 39 **R:** for de mente jo at syge borgere som skulle ud i noget skulle jo ikke sidde og blive mere syge af  
40 at være til samtale, vel, så, men altså han har faktisk nægtet, han har faktisk gået videre med det til  
41 [anonymiseret] kommune, ikke.
- 42 **I:** Ja.
- 43 **R:** Altså, det gjorde vi samme, samme dag som det skete og sådan noget, ikke.
- 44 **I:** Ja.
- 45 **R:** Og derfor har de ikke været, altså, de har ikke været forstående over for det, altså de har bare  
46 tænkt, 'nå ja, ja', altså det er påstand mod påstand, og det er selvfølgelig rigtig nok.
- 47 **I:** Ja. Det lyder umiddelbart, øh, dybt problematisk, synes jeg, sandelig også, hvis en jobkonsulent,  
48 som jo normalt er, er uddannet inden for, for
- 49 **R:** [Ja, ja]
- 50 **I:** kortere uddannet inden for arbejdsmarked på en eller anden måde.
- 51 **R:** [Ja]

- 1 **I:** begynder at lave en, en lægefaglig vurdering af dig  
2 **R:** [Ja]  
3 **I:** som går både på tværs, siger det er psykosomatisk, og du er psykisk syg.  
4 **R:** Ja.  
5 **I:** Det er jo noget som han højst kunne få en, jeg vil ikke engang sige mistanke om, men det er  
6 noget som han skal kunne måske afklare hos nogle andre.  
7 **R:** Ja.  
8 **I:** Han skal netop, han kunne få en idé om det, og så må han så sige, det skal afklares, han skal ikke  
9 sidde og vurdere det og konkludere det.  
10 **R:** Nej-nej, det er jo det, det er jo det, overhovedet ikke, overhovedet ikke... Og så efterfølgende  
11 bliver jeg jo så kaldt til samtale med sammen med sagsbehandleren og ham.  
12 **I:** Ja.  
13 **R:** Og der tager jeg så [anonymiseret] med, min mand.  
14 **I:** Ja.  
15 **R:** Øh, og der, der nægter de, der nægter han alt. Og hvis jeg vil uddanne mig som pædagog, så  
16 kunne jeg få det og bla-bla-blaaaa, jeg kan det hele, den dag. Altså, det er jo helt ekstremt.  
17 [Pause]  
18 **I:** Så, der, der sker det, der er du ikke alene med ham, der er det din mand og sagsbehandleren, der  
19 er med?  
20 **R:** Ja.  
21 **I:** Og lige pludselig er han helt omvendt, så kan  
22 **R:** [Ja-ja]  
23 **I:** alt lade sig gøre?  
24 **R:** Han vil gerne rette de udtalelser, det kunne da godt være men altså, hallo, 'folk der har  
25 småproblemer, det samler sig jo hurtigt', det sidder han og siger, ikke altså, det er virkelig, det er  
26 faktisk lidt skræmmende, ikke? Ah, men øh, de håbede på at jeg ville beholde dem og bla-bla-bla.  
27 [Suk]. Og ja, jeg kunne godt have valgt at få en anden, men altså...  
28 [Pause].  
29 **R:** Jeg vælger faktisk at beholde ham sammen med sagsbehandleren der.  
30 **I:** Okay, ja.  
31 **R:** Og det.. ja, det er jo ikke noget positivt kan man sige, men jeg havde det også sådan, altså jeg,  
32 jeg har ikke prøvet det før, og jeg  
33 **I:** [Ja]  
34 **R:** stoler selvfølgelig på at tingene bliver bedre fremover og at det  
35 **I:** [Ja]  
36 **R:** ligesom...  
37 **I:** Jeg skal lige høre, i det her forløb, øh, du siger du var, du er faktisk blevet diagnosticeret, ikke,  
38 **R:** [Ja]  
39 **I:** til at have, til at have [anonymiseret] som en kronisk  
40 **R:** [Ja]  
41 **I:** medfødt lidelse. Og det, det jo  
42 **R:** [Ja]  
43 **I:** en klar diagnose, og det medfører noget funktions-...  
44 **R:** Ja, det gør det, altså jeg skulle ikke have stående gående arbejde overhovedet, vel?  
45 **I:** Nej, og det er jo, hvornår bliver det diagnosticeret i forhold til den samtale du har med...  
46 **R:** Jamen det blev det faktisk allerede i, jeg tror det er... september - oktober, ja det jo, man kan  
47 sige det er jo faktisk blevet løbende, men jeg var hernede [lyden af vand der hældes op] på  
48 arbejdsmedicinsk klinik i august, øh, ['bare en enkelt tår'], august, sidste år, efter operationen.  
49 **I:** Ja.  
50 **R:** Der var jeg hernede og få sådan en arbejdsvurdering. Der havde jeg jo både været første gang  
51 eller tredje gang

- 1 **I:** [Ja]  
2 **R:** hos kirurgerne, og sådan noget, ikke? Og der siger de også at, øh, det er på grund af de der ting.  
3 **I:** Men, men det vil sige, nogle måneder senere...  
4 **R:** Ja så bliver jeg kaldt til de der samtaler der.  
5 **I:** Der er du...  
6 **R:** Ja..  
7 **I:** ...har han ikke læst lægepapirerne?  
8 **R:** Øh, det er jo så det vi er i tvivl om, om han overhovedet har sat sig ind i sagen.  
9 **I:** Ja, ja, godt.  
10 [Pause].  
11 **I:** Godt, se, øh, du, jeg skal lige have den foreløbige afslutning  
12 **R:** [Ja]  
13 **I:** på hvor vi står nu  
14 **R:** [Ja]  
15 **I:** fordi nu kunne revalidering og så videre lade sig gøre, er det..., er der arbejdet videre med din  
16 sag på den måde?  
17 **R:** Nej, jeg er ikke på noget som helst. Jeg har lige været i arbejdsprøvning.  
18 **I:** Ja.  
19 **R:** Øh, det vil sige, altså, jeg vil sige, fra januar i år  
20 **I:** [Ja]  
21 **R:** til juni i år, der har jeg været til tre lægesamtaler [anonymiseret] hvor man til den ene samtale  
22 vurderede, at skruerne skulle ud [anonymiseret] igen, for de var hoppet ud af. Og i alle mine  
23 opfølgninger hernede fra står der faktisk i de der opfølgingsrapporter, at øh, [anonymiseret] ikke  
24 bliver bedre. De kan blive stående her, muligvis et par år. Men det er ikke noget, der bliver bedre.  
25 **I:** Ja.  
26 **R:** Og hele den periode her har vi jo, har jeg jo banket i bordet og sagt 'Send mig nu ud i noget' og  
27 'Jeg vil gerne ud og... Hvad med noget computer.' Jeg har ingen, ingen uddannelse eller noget  
28 inden for det, jeg er kun uddannet [anonymiseret], ikke andet.  
29 **I:** Ja.  
30 **R:** Jeg har ikke været på kontor eller noget som helst  
31 **I:** [Ja]  
32 **R:** for at prøve ligesom med den der funktion...  
33 **I:** Så, så er det jeg tænker, at jamen så, øh, det jo en lægefaglig afklaring, der har været..?  
34 **R:** Ja.  
35 **I:** Du blev opereret der sidste år, og det gik ikke godt?  
36 **R:** Nej.  
37 **I:** Du har fået afklaret, øh, desværre meget tydeligt, i, øh første halvdel af i år, det bliver aldrig  
38 bedre.  
39 **R:** Ja.  
40 **I:** Øh, hvorfor går man så ikke i gang fra kommunen, øh, der hvor man siger, at du skal da  
41 revalideres  
42 **R:** [Ja]  
43 **I:** helt sikkert, fordi det går jo ikke, at du arbejder inden for eget erhverv?  
44 **R:** Nej. Det, det snakkede vi om i februar, da jeg var til samtale med sagsbehandleren  
45 **I:** [Ja]  
46 **R:** og ham der jobkonsulenten. Så spurgte de mig hvad jeg ville. Så siger jeg 'Men det jeg gerne vil,  
47 det kan jeg jo ikke få lov til, for jeg kan ikke komme ind på specialområdet på, eller, uddanne mig  
48 til pædagog', eller, det kunne jeg jo godt, så det er sådan lidt...  
49 **I:** Hvorfor kunne du ikke det?  
50 **R:** Fordi de mente det var ligeså, øh fysisk og hårdt, for belastende for kroppen, så, øh, man smider  
51 penge på en bære, som ikke kan godkende eller, eller gennemføre en uddannelse

- 1 **I:** [Ja]  
2 **R:** på den. Så snakkede vi om, nå men så kunne jeg komme på sådan noget  
3 sundhedssekretæruddannelse.  
4 **I:** Mhm.  
5 **R:** Der havde jeg faktisk allerede i januar ringet selv og fået udfyldt alle mine papirer, og jeg  
6 manglede bare en underskrift fra kommunen.  
7 **I:** Ja.  
8 **R:** Så siger sagsbehandleren pludselig til det møde i februar 'Ah, men altså, du øh, altså, sådan som  
9 dit helbred er nu, og dit familieliv og sådan noget...', fordi øh, udover alle de her kropsmæssige  
10 problemer eller hvad man kan sige, så har der været sådan lidt i familien, altså familieregi, hvor øh,  
11 det er gået dårligt, og det har jeg ikke lagt skjul på, i de her samtaler, at hvis min familie skal hænge  
12 sammen, så skal jeg også kunne hænge sammen og omvendt, så skal det hænge sammen, så skal alt  
13 det andet også hænge sammen, ikke?  
14 **I:** Ja, ja.  
15 **R:** Så siger hun 'Ah, altså hvis du ikke, altså hvis du ikke kan klare dig normalt på arbejde, så kan  
16 du heller ikke klare en uddannelse.' Øh, okay. Så siger jeg 'Du kan jo prøve at sende mig på noget,  
17 jeg har alle papirerne her. Det tager et år og syv måneder at få den uddannelse, og jeg kan faktisk  
18 blive optaget til august på grunduddannelsen og gå videre første februar i år ville det..., eller næste  
19 år ville det så være, ikke.'  
20 **I:** Ja.  
21 **R:** Og så slutte det af til sommer næste år.  
22 **I:** Ja.  
23 **R:** Det ville hun slet ikke. Der var intet at gøre. Det... hun siger, 'Ja, lægen skriver jo, at skruerne  
24 skal ud...'  
25 **I:** Ja...  
26  
27 *(båndudløb 1)*  
28 **R:** Ja, så mange af de samtaler vi har haft her i foråret og sådan noget, det har været på det der med  
29 'Vi venter på lægens vurdering,' 'Vi venter på lægens vurdering.' 'Jamen, lægen skriver det samme  
30 i alle mine papirer, det bliver ikke bedre, formentlig.'  
31 **I:** Ja.  
32 **R:** Derfor mener jeg også et eller andet sted, så burde de jo sende mig ud i en, et kursus om edb  
33 eller en arbejdsprøvning på et eller andet, altså allerede i foråret eller et eller andet, hvor jeg var  
34 parat til det. Altså der i februar måned der var jeg parat til at gå i gang med noget, der havde jeg  
35 sådan modet på at komme videre, ikke.  
36 **I:** Ja. Det vil sige, jeg har øh, altså, jeg synes godt vi sammen kunne konkludere, at der er et  
37 problem med sagsbehandlerne som ikke læser lægepapirerne  
38 **R:** [Ja]  
39 **I:** godt nok, og de konkluderer forkert ud fra dem?  
40 **R:** Ja, det gør de også.  
41 **I:** Altså, øh, ikke læse papirer, skriver jeg her, ikke læse godt nok.  
42 [Pause]  
43 **I:** Og så fortalte du også lige noget som jeg har bidt mærke i, at, at selvom der forelå lægepapirer,  
44 flere lægepapirer, fra flere læger, der sagde det samme, du ville, du ville ikke få det bedre.  
45 **R:** [Ehem]  
46 **I:** Din arbejdsevne, din arbejdsfunktion, det ville ikke blive bedre med det, så i februar måned er du  
47 til et møde med din sagsbehandler som på en eller anden måde lægger vægt på nogle sociale forhold  
48 **R:** [Mhm]  
49 **I:** som jo i bedste fald er irrelevante, i forhold til hvad du i øvrigt skal...  
50 **R:** Ja.

- 1 **I:** Det som begrundelse for ikke at sætte dig i gang med den revalidering, øh, eller i værste fald er  
2 hendes afslag på det jo ligefrem ødelæggende, eller har indvirkning på
- 3 **R:** [Ja]
- 4 **I:** lige præcis din sociale situation fordi det her er jo en del af din løsning på længere sigt,
- 5 **R:** [Ja, ja netop]
- 6 **I:** at du skal revalideres. Og det er sådan jeg vil
- 7 **R:** [Ja]
- 8 **I:** tolke det her. Hvis du er enig med mig i det?
- 9 **R:** Jamen, nå, ja, det... det er rigtigt, det er rigtigt.
- 10 **I:** Det er sådan jeg forstår det... Okay. Nu skal vi se om vi kan få den foreløbige ende på det her...
- 11 **R:** Ja.
- 12 **I:** Din historie herfra... Hvordan står det, du er stadig sygemeldt, sagde du lidt tidligere?
- 13 **R:** Ja, åh, i... så ja, så for jeg så fjernet skruerne her i, ja, lige omkring påske, der får jeg fjernet dem  
14 ud af [anonymiseret].
- 15 **I:** Ja.
- 16 **R:** Og får genoptræningsprogram nede på [anonymiseret] eller ude på [anonymiseret] eller hvor det  
17 nu ligger, i [anonymiseret] tror jeg det ligger, ikke?
- 18 **I:** Ja.
- 19 **R:** Øh, og der, der skal jeg gå tre gange om ugen, og jeg går der en til to gange om ugen fordi at øh,  
20 jeg synes det er for hårdt for mine ben. Der ringer jeg så op og siger til min sagsbehandler, at øh, jeg  
21 synes den fys som træner mig, træner mig lidt for hårdt, der er nogle ting jeg ikke kan. Ligesom jeg  
22 må ikke cykle og sådan nogle ting.
- 23 **I:** Ja.
- 24 **R:** Jeg må ikke have belastning på. Og det er meget med belastning og vægte og træningsmaskiner.
- 25 **I:** Ja.
- 26 **R:** Og så siger hun så til mig, at øh, 'Ja, altså et er hvad lægen siger, noget andet er hvad fyssen  
27 siger, og her på kommunen, der stoler vi på hvad fysioterapeuterne siger i forhold til lægen, fordi de  
28 kender jo mere til kroppen end hvad lægerne gør.' Der havde jeg det bare sådan... Det holder  
29 simpelthen ikke. Så jeg ringede ned på afdelingen hernede og sagde, at nu skulle du høre, og han  
30 skrev så jeg kun skulle træne en gang om ugen og at det var så meget, som jeg kunne klare, ehem,  
31 og så øh går der et stykke tid, og så øh, i juni måned, der bliver jeg så kaldt til samtale hos ham  
32 jobkonsulenten. Og så siger han til mig: Ja, han 'havde fundet noget til mig, måske.'
- 33 **I:** Ja.
- 34 **R:** Så først så siger han så, ah, men, han havde 'tænkt på noget butiksarbejde.' Så siger jeg 'Jamen,  
35 det kan jeg ikke, for jeg kan ikke stå og gå...'
- 36 **I:** Der skal du jo stå op?
- 37 **R:** Ja, sagde jeg 'Det kan jeg jo ikke,' sagde jeg så.
- 38 **I:** Nej, det gjorde han vel ikke?
- 39 **R:** Jo, det ringer han og... Så ringer han dagen efter. 'Ah ved du hvad, jeg har en, oppe på  
40 [anonymiseret], der mangler de en.' Øh, jeg kunne komme derop i omstillingen,  
41 telefonomstillingen. Nå-ja, det kunne jeg jo godt høre om og sådan noget. Så tager vi så op  
42 sammen, og så snakker med hende der sidder i [anonymiseret] chefen. Og, øh, så skal jeg sidde i  
43 omstillingen og sådan nogle ting. Og, og, jeg skal være der fra ni til et, øh og det passer mig jo fint,  
44 jo fordi, ikke jage ud af døren om morgenen og
- 45 **I:** [Ja]
- 46 **R:** og ikke noget med sent fri og sådan noget. Og så var der sådan lige et men, fordi om torsdagen  
47 er det så til klokken atten. Øh, og det sagde jeg, det synes jeg var sent, fordi om torsdagen, der har  
48 vi, altså, der, ja, der går vi til sådan noget [anonymiseret],
- 49 **I:** [Ja]

- 1 **R:** øh, mig og min mand og så børnene. Og nogle gange bare min mand. Det gør vi fra tre til fire.  
2 Så siger jeg, øh, 'Kan jeg gå kvart i tre og komme tilbage kvart over fire, det ville jeg gerne, bare i  
3 en periode, hvis jeg kunne klare det.'
- 4 **I:** Ja.  
5 **R:** Og det siger de, det vil de gerne, det er okay, det kunne godt lade sig gøre, øh, men så siger, jeg  
6 vil gerne have, at vi måske får snakket mere om den torsdag, for børnene går også til  
7 [anonymiseret] om torsdagen, og jeg kunne godt tænke mig at være hjemme, nu har jeg været  
8 hjemme i, i så mange år, og jeg har altid, aldrig arbejdet sent og sådan noget efter jeg har fået  
9 børnene.
- 10 **I:** Ja.  
11 **R:** Og det ville de, de ville de så prøve at finde ud af. Det er fint nok, og så aftale vi så, at jeg skulle  
12 komme om mandagen, og det er også fint nok, så bliver jeg sat i telefonomstillingen sammen med  
13 hende som sidder der
- 14 **I:** Ja  
15 **R:** Og så går der faktisk, øh, nogle dage, så siger hende jeg sidder sammen med, at øh, men nu skal  
16 du også snart sidde her alene, for hun skal snart på ferie. Så siger jeg, øh, okay, og hvor er det så  
17 lige at det står i min handlingsplan? Og hvor er lige min handlingsplan omkring det her? Så går jeg  
18 hjem, og tænker lidt over tingene og så begynder jeg faktisk at sidde og studere lidt på AF's  
19 hjemmeside og sådan noget omkring arbejdsprøvning og sådan noget. For jeg har jo aldrig prøvet  
20 det før, et eller andet sted, så er det sådan, jamen også lige se hvad det her går ud på.
- 21 **I:** Ja.  
22 **R:** Og så, øh, det var så den første uge, og så havde vi en uges ferie, og så anden uge, der kunne jeg  
23 godt mærke på de forskellige, at øh, ja, jeg gik jo om torsdagen og øh, jeg har en dreng, som lider af  
24 [anonymiseret] så der er også sygdomsperioder, og øh...
- 25 **I:** Ja.  
26 **R:** Ja, til læge og ørelæge og bla-bla-bla, og det kunne jeg godt mærke allerede anden uge, at der  
27 var nogen, der sådan...
- 28 **I:** Du mærker en kurren, med, fra kolleger?  
29 **R:** Ja, ja, det gør jeg  
30 **I:** [fordi]  
31 **R:** øh...
- 32 **I:** Hvordan viser det sig?  
33 **R:** Det gør det ved, at øh hende jeg sidder sammen med, hun siger ja, altså, det er jo ikke alle, der  
34 får lov og have fri for at gå til lægen med barnet i arbejdstiden og... øh, og din datter, som havde  
35 fødselsdag i torsdags, øh, sådan noget har vi jo ikke fri til... så siger jeg, prøv at høre her, jeg har  
36 lavet en klar aftale med [anonymiseret] som er i [anonymiseret].
- 37 **I:** [Aha]  
38 **R:** om at alt det jeg har over sommeren, jeg har fastlagt, det bibeholder jeg, ja det, og du ved så,  
39 hele tiden den der lidt tsk-tdk, og så øh, forlanger jeg faktisk at få en samtale med sagsbehandler i  
40 midten af juli måned.
- 41 **I:** Ja.  
42 **R:** Øh, og der indkalder hun så, øh [anonymiseret], som er jobkonsulent.  
43 **I:** Ja.  
44 **R:** Og så øh, indkalder hun så øh, min søns rådgiver oppe fra Familieafdelingen.  
45 **I:** Ja.  
46 **R:** Det er også fint nok, [anonymiseret] (jobkonsulenten), ringer så til mig og siger, at han gider ikke  
47 deltage. Så siger jeg øh, hvad, kan jeg også sige det, sagde jeg til ham, for jeg har slet ikke kunnet  
48 med min sagsbehandler i hele denne her periode, så jeg havde det også sådan lidt, at jeg så kan jeg  
49 **I:** [Ja]  
50 **R:** vel også... Nej-nej, det kunne jeg ikke, men altså, det kunne han ikke, det kunne han bare ikke,  
51 det gad han faktisk ikke, sagde han. Der havde jeg det bare sådan, helt ærligt, altså...



- 1 **I:** Ja...
- 2 **R:** Så går jeg til det her møde, og øh, jeg føler det er sådan lidt, øh, altså det er det der lidt baghold,  
3 jeg har jo ikke på noget tidspunkt, øh, sådan ligesom sagt, at øh, hvad kan man sige, jeg har ikke  
4 skjult noget om mit privatliv eller et eller andet, fordi... i realiteten, så kan man godt sige, med mit  
5 privatliv, det er herovre (hænder peger på én side)
- 6 **I:** [Mhm]
- 7 **R:** og mit arbejdsliv, det er her (hænder peger til anden side), ikke, og det blev sådan meget, fordi  
8 [anonymiseret – barns navn], har været meget syg...
- 9 **I:** [Mhm]
- 10 **R:** og der har været mange ting, så pludselig, ah men, det er, er også på grund af jer og... 'Du kan  
11 ikke gå på [anonymiseret] sammen med din familie,' siger sagsbehandleren, og, 'fordi at nu skal du  
12 passe din arbejdsprøvning,' og det er sådan meget rodet, og det er meget forvirrende for mig, fordi  
13 der er meget sådan lidt her og lidt her, nu skal du ikke gå for meget på hospitalet, og hver gang han  
14 er syg, eller du er syg, så skal det registreres, hvor skal det registreres henne, altså, ja hos din læge.  
15 Okay, altså...
- 16 **I:** Mhm.
- 17 **R:** Det bliver sådan meget tre hårde kvarter, synes jeg, altså man sidder der, man føler sig sådan lidt  
18 presset og holder lidt på sig selv, og der sagde jeg, prøv at høre, mit privatliv det er herovre, mit  
19 arbejdsliv er her, og lige nu så snakker vi arbejde, hvad jeg skal og hvad jeg ikke skal, og i øvrigt,  
20 sagde jeg så, jeg har kaldt til øh, det her møde, fordi at jeg føler faktisk at jeg bliver brugt som  
21 ferieafløser, og hvis jeg er ferieafløser nede i omstillingen, så vil jeg også have mere i løn. Der blev  
22 han sur, han blev sur og sagde, jamen sådan var det ikke, men øh... Men så siger jeg, det er det, jeg  
23 sidder alene, og jeg ved at en arbejdsprøvning, der sidder du ikke alene..
- 24 **I:** Mhm.
- 25 **R:** Og der er en masse punkter inden for arbejdsprøvning, de overhovedet ikke overholder. Det  
26 blev, der blev han sur. Og hun blev sådan halvsur og irriteret på mig. Jamen nu måtte hun se hvad  
27 hun kunne gøre og bla-bla-bla, og... øh, og så faktisk, ja, så, i august måned, der går jeg så til møde  
28 med ham jobkonsulenten [anonymiseret] øh, og der siger jeg til ham, som det er, både  
29 arbejdspladsmæssigt, og at det, det går ned ad bakke med mine ben og hvad ville han have jeg  
30 skulle gøre. Altså, jeg sidder på tre forskellige kontorstole oppe på kommunen, det gjorde jeg.
- 31 **I:** Ja.
- 32 **R:** Og jeg har ergoterapeut på oppe fra kommunen af, der har sagt hun har sagt jeg skulle have en  
33 speciel stol, og skulle prøve nogle andre ting og sådan noget ikke, og øh, det er bare ikke lykkedes,  
34 vel. Altså, at få de ting...
- 35 **I:** Det vil sige, at du står tilbage med en følelse af, at øh, kommunen, som har sådan arbejdsplads til  
36 arbejdsprøvning
- 37 **R:** [Ja]
- 38 **I:** faktisk ikke har overholdt reglerne, og at de ikke, ja de har ikke sat dine kolleger
- 39 **R:** [Nej]
- 40 **I:** tilstrækkeligt ind i det,
- 41 **R:** [Nej, nej, det har de ikke]
- 42 **I:** de her aftaler der er indgået. Og du har også en jobkonsulent, der halter med at følge op på den  
43 aftale og de bliver bare sure, når du gør opmærksom på, hvad der
- 44 **R:** [Ja, der er rigtigt]
- 45 **I:** var aftalen.
- 46 **R:** Der er masser i arbejdsprøvning oppe på [anonymiseret] kommune, altså...
- 47 **I:** Ja.
- 48 **R:** Og jeg, jeg, jeg tror måske, at, øh i denne her proces, tror jeg måske også jeg er blevet mere  
49 sådan, hvad kan man sige, standhaftig og sige tingene som det er, for jeg har ikke, jeg har altid  
50 været meget sådan, ah, pyt med det. Det gør vi bare, ikke. Men det er rigtigt nok, at altså jeg sagde  
51 også jeg føler jeg bliver behandlet som ferieafløser, og da vi så har været syg en dag og kommer

- 1 tilbage, så 'Hvad skal vi gøre om torsdagen, for du er her ikke, og [anonymiseret] er på ferie, og ..'  
2 'Det er jo ikke mit problem, jeg er jo ikke ferieafløser, hvad har I gjort før?' Så blev de sure, ikke,  
3 altså. 'Du skal arbejde lige så hårdt som de andre, du skal ud i det, og mærke hvordan det *virkelige*  
4 liv er.' 'Men prøv lige at høre her, hallo, jeg har været i det virkelige liv... ' Og jeg tror det, det  
5 blandt andet det er nogle af de ting, der er gået galt, det er, at jeg måske har sagt, svaret lidt igen  
6 eller sådan, givet lidt igen, eller hvad man kan sige, ikke.
- 7 **I:** Ja.  
8 **R:** Så...
- 9 **I:** Så du er på en eller anden måde blevet lidt besværlig for dem?  
10 **R:** Ja, ja.  
11 **I:** Selvom du...  
12 **R:**[Det tror jeg faktisk]  
13 **I:** formentlig, lyder det til, blot har  
14 **R:** [Ja]  
15 **I:** har, har, anket imod nogle konkrete urimeligheder.  
16 **R:** Ja, ja, det er jo også fordi jeg har kunnet mærke på min egen krop, hvor meget at den har kunnet  
17 klare, ikke.  
18 **I:** Ja.  
19 **R:** Altså...  
20 [Pause]  
21 **I:** Godt. Så der står du, nu er du så sygemeldt?  
22 **R:** Ja, jeg...  
23 **I:** Hvordan gik det med den arbejdsprøvning? Hvad... det gik jo i skudder-mudder?  
24 **R:** Ja, det gjorde det så. Så har jeg så været til efterfølgende kontrol hernede. Og der, der har lige  
25 været en uheldig episode herude, fordi den læge som normalt ser mig har været på orlov og så  
26 havde jeg en kvindelig læge før sommerferien, og hun lovede mig, at når vi kom tilbage, så skulle  
27 der være en afklaring, fordi, altså min sygedagpenge udløber jo også nu her, de udløber faktisk nu  
28 på mandag.  
29 **I:** Ja.  
30 **R:** Øh, så hun lovede mig at øh, de skulle se hvad de, hvad hun kunne gøre, og så ville hun i hvert  
31 fald, måske kigge ind i [anonymiseret] også, for [anonymiseret], ikke.  
32 **I:** Ja.  
33 **R:** Øh, og så, eller i hvert fald få taget nogle billeder af [anonymiseret] for at se hvad der går galt  
34 derinde, om der er sket en ændring [anonymiseret].  
35 **I:** Ja.  
36 **R:** Det ville denne her læge så ikke. Hun ville gerne have jeg gik på genoptræning på  
37 [anonymiseret] tre måneder mere. Og når man læser alle de der papirer man får fra [anonymiseret]  
38 kommune af, så har man det sådan, okay, hvis du siger nej til det her, så kan de, kan man miste  
39 dagpenge, sygedagpengerechten, ikke altså.  
40 **I:** Ja.  
41 **R:** Så gør jeg det jeg ringer jeg op, da jeg er kommet hjem fra det møde, [anonymiseret] nede fra  
42 [anonymiseret] af, jeg ringer op og hører, fordi at øh i mellemtiden så er min sagsbehandler, som  
43 jeg har haft hele tiden, hun er stoppet, øh, så skulle jeg have en ny. Øh, så hende jeg snakker med  
44 først hun siger ah, men hun øh, kunne se jeg havde talt med en der hed [anonymiseret],  
45 sagsbehandler oppe på [anonymiseret] kommune, og så siger jeg jamen det er rigtigt nok, så siger  
46 hun, hun var lige til frokost, om hun kunne tage imod besked og sådan noget, det kunne hun godt,  
47 men så siger hun vent lige lidt, jeg åbner lige din sag, så kigger jeg på det. Og så fortæller hun mig,  
48 og er det tre uger siden i dag at jeg ringer op og får denne her lange snak med hende her, og jeg  
49 havde...  
50 **I:** [I telefonen, bare?]

- 1 **R:** Ja, og jeg havde det faktisk sådan, øh, via denne her telefonsamtale, at jeg stolede faktisk rigtig  
2 meget på hende, øh, og jeg har ikke hørt fra hende endnu. Øh...
- 3 **I:** Ja.
- 4 **R:** Så lige nu, så, så er man øh, altså et eller andet sted...
- 5 **I:** Du har fortalt hende, at det her, det er
- 6 **R:** [Ja]
- 7 **I:** presserende for dig
- 8 **R:** [Ja, ja]
- 9 **I:** fordi dagpengene rinder ud der
- 10 **R:** [Ja, fordi at...]
- 11 **I:** og du skal...
- 12 **R:** Ja, ja, jeg har en sygdomsmeddeling i min, i min øh, arbejdsprøvnings, jeg har været sygemeldt i tre  
13 uger nu, fordi at læge herved mener jeg sidder for meget ned.
- 14 **I:** Ja.
- 15 **R:** Jeg kan snart ingenting, jamen prøv og hør, jeg ringer op til [anonymiseret], arbejds-...,  
16 jobkonsulent og siger 'Jeg har været til den her lægesamtale og han siger at fire timer at sidde ned  
17 eller tre timer at sidde ned, det er for meget, en time om dagen, og så plus at man skulle have  
18 benene oppe og sådan nogle ting, og stå op og gå, jeg kan faktisk ingen ting mere.'
- 19 **I:** Mhm, ja.
- 20 **R:** Det afviser han. Han siger ja, ja, så kan vi jo ikke gøre noget for dig. Altså, så lige nu, så er jeg  
21 her, ja, [Latter], så er man lige, øh, det er en afslutning og en start, eller hvad, eller?
- 22 **I:** Ja.
- 23 [Pause]
- 24 **R:** Ja.
- 25 [Pause]
- 26 **I:** 'Afventer afklaring på fortsatte sygedagpenge' Det er vel i virkeligheden det, det du skal opnå nu,  
27 ikke, altså fordi hvis du bliver, kommer på tvungen genoptræning i tre måneder, øh,
- 28 **R:** [Ja, men, men...].
- 29 **I:** med henblik på, at øh, en revalidering ville muligvis kunne lade sig gøre,
- 30 **R:** [Ja]
- 31 **I:** hvis senere, jamen så skal de så forlænge sygedagpengene, ikke?
- 32 **R:** Jamen det snakkede hun så om, at hun muligvis godt kunne forlænge, problemet er, at  
33 [anonymiseret] siger, nede hos fysserne, at jeg har jo været på genoptræning to gange i år, ikke, så  
34 de synes, at sætte mig på genoptræning en gang mere, det er sådan, lidt spild af tid. Altså, jeg har  
35 fået en masse øvelser du skal gøre, jeg gør det også hver dag, så meget som benene nu kan, ikke,
- 36 **I:** [Mhm]
- 37 **R:** men hun synes, altså hvis der ikke er sket noget efter en måned, så synes hun jo ikke det er  
38 rimeligt at man går dernede.
- 39 **I:** Mhm.
- 40 **R:** Altså for nu hun siger, at hun, hvis lægen skriver jo alligevel, at han ikke kan gøre mere.
- 41 **I:** Mhm.
- 42 **R:** Så altså, så lige nu, så er det bare, jamen altså, jeg går derned, og får de øvelser derhjemme, og  
43 så er jeg der en gang om ugen, ikke?
- 44 **I:** Okay. Godt, der står du så nu.
- 45 **R:** Ja.
- 46 **I:** Se, det blev en lang og
- 47 **R:** [Ja, [Latter]]
- 48 **I:** interessant, øh, øh, historie at høre om. Øh, du har fået svaret på rigtig mange af spørgsmålene  
49 sådan i løbet af igennem,
- 50 **R:** [Mhm]
- 51 **I:** i virkeligheden, men lade os nu lige løbe dem rigtig igennem,

- 1 **R:** [Ja, ja]  
2 **I:** og så skal vi se hvor meget som vi synes der i virkeligheden er svaret på.  
3 **R:** Ja.  
4 **I:** Øh, hvordan synes du dit sygedagpengeforløb er blevet håndteret fra kommunens side?  
5 **R:** Jamen, der har jeg bare skrevet 'dårligt.'  
6 **I:** Ja, øh.  
7 [Pause]  
8 **I:** Ja, og det kan jo så uddybes med nogle af de mange af de ting  
9 **R:** [Ja, det er rigtigt]  
10 **I:** du allerede har talt om, tror jeg nok vi kan få summet sammen. Øh, du har fortalt om mindre gode  
11 oplevelser, kan man sige.  
12 **R:** Hm.  
13 **I:** Er der noget, der kan gøres bedre, kan vi komme til under punkt syv her.  
14 **R:** Ja.  
15 **I:** Øh, jeg skal lige høre om du har haft særligt gode oplevelser på trods...  
16 **R:** Næ, nej, det føler jeg ikke, det må jeg ærligt indrømme.  
17 **I:** Ja. Og så det her spørgsmål om, føler du kommunen har forstået årsagen til din sygemelding,  
18 altså det med om de har forstået din sygemelding, eller i hvert fald, du føler ikke helt at  
19 jobkonsulenten har forstået årsagen til...  
20 **R:** Ja...  
21 **I:** Sådan må det jo være, når han  
22 **R:** [Ja. Altså jeg har, jamen det]  
23 **I:** siger det er psykisk.  
24 **R:** Altså det som jeg har haft det, det er jo at den der med, at jeg har ikke gemt noget i krogene, der  
25 er ikke noget, der kommer op, frem lige pludselig...  
26 **I:** Ja.  
27 **R:** Altså, jeg har meget hurtigt lagt kortene på bordet omkring min tilstand og sådan nogle ting.  
28 **I:** Ja.  
29 **R:** Og nu skal jeg også lytte til min egen krop, jeg har faktisk smerter, altid i [anonymiseret].  
30 **I:** Ja.  
31 **R:** Øh...  
32 **I:** Er du på noget smertestillende?  
33 **R:** Ja, jeg har lige fået noget, det er, det er på fjortende dag nu ... Jeg har været fuldstændig, i denne  
34 her omgang, der er har været fuldstændig hen i vejret, jeg har slet ikke kunne holde mig selv oppe  
35 eller noget som helst ikke, og det føler jeg bare, det, det er bare sådan de har tænkt 'Ja, ja, den er  
36 god med dig' altså, man føler ikke de stoler på en.  
37 **I:** Ja.  
38 **R:** Så har de sådan snakket om den der med dagbogen der, man skulle lave en dagbog, og sådan  
39 noget ikke, men altså, ja...  
40 **I:** Okay jeg tror nok jeg kan skrive ned ud fra hvad der står her om de har forstået årsagen til din  
41 sygemelding, det har de i hvert fald ikke fuldt ud.  
42 **R:** Mhm.  
43 **I:** 'Om hvem eller hvad der bestemmer mest i sygedagpengesager?' Hvem ville du sige, der  
44 bestemmer mest, eller hvad der bestemmer mest?  
45 **R:** Øh, altså jeg vil jo, det der, altså jeg vil faktisk har sat mig selv lidt i en cirkel her da jeg læste  
46 det, for at øh, et eller andet sted, jo, så er det jo i sidst ende, er det selvfølgelig kommunen, der, der  
47 skal have det sidste ord [lyd af vand, der hældes op] eller lægen, altså man... Mig selv, fordi at man  
48 selv heller tiden må gøre kommunen eller sagsbehandleren opmærksom på, hvordan ens helbred er  
49 og sådan nogle ting, ikke, altså...  
50 **I:** Det, det du siger, det er at det måske i virkelig..., det burde være øh, kommunen  
51 **R:** [Ja, de]

- 1 **I:** som, som burde...
- 2 **R:** Ja, jeg synes, når de
- 3 **I:** [Øh]
- 4 **R:** får papirerne fra lægen af,
- 5 **I:** [Ja, ja]
- 6 **R:** så burde de jo ligesom sætte sig ned og sige okay hvordan hører det sammen, og så burde de jo
- 7 sige, ' [anonymiseret], hvordan er det lige det står til?' sådan her ikke.
- 8 **I:** Ja. Og må jeg sige, altså kommunen, det skal i virkeligheden mest forstås som sagsbehandleren?
- 9 Ja, det er det jo.
- 10 **I:** Og så plus nogle lægefaglige oplysninger
- 11 **R:** [Ja]
- 12 **I:** eller lægen ikke,
- 13 **R:** [Jo]
- 14 **I:** der burde bestemme mest, men i virkeligheden fortæller du mig, at så har, er det dig, afhængig af,
- 15 **R:** [Ja, ja]
- 16 **I:** hvor meget du kæmper, om jeg så må sige, ikke?
- 17 **R:** Ja, ja, det er faktisk mig selv, der har måttet, hele tiden, kom nu, og jeg vil gerne, og... alle de
- 18 her ting, og jeg kan godt. Klare tingene, ikke. Eller...
- 19 **I:** Jeg skriver altså, at ideelt, der burde det være sagsbehandlerens eller jobkonsulentens, plus læge
- 20 eller lægefaglige oplysninger, der bestemmer mest, men hvis man kan sige det sådan, men i
- 21 realiteten er det op til, øh, øh er meget op til dig selv hvordan du er nødt til at gå ind og arbejde med
- 22 din egen dag, noget som de også burde gøre ind i mellem.
- 23 **R:** Ja, ja.
- 24 **I:** For eksempel at læse papirerne.
- 25 [Pause].
- 26 **I:** Okay. Så...
- 27 [Pause].
- 28 **I:** ...vil jeg gå videre til spørgsmål fire.
- 29 **R:** Ja.
- 30 **I:** Om sagsbehandlingens niveau. Og du har allerede givet mange input.
- 31 **R:** Ja, [Latter].
- 32 **I:** Altså, jeg vil godt stille det konkrete spørgsmål
- 33 **R:** [Ja]
- 34 **I:** om du synes sagsbehandleren, vi kan også godt snakke om jobkonsulenten også, om de var
- 35 tilstrækkeligt klædt på til arbejdet? Føler du, at de var fagligt dygtige?
- 36 **R:** Nej, det synes jeg ikke. Øh, det kan godt være, at min sagsbehandler eller jobkonsulent, øh har
- 37 kunnet klare andre situationer eller noget, men jeg føler lidt, at øh, vi måske bare ryster en af, jeg
- 38 synes ikke de har lyttet nok på det jeg sagde, for det at, når jeg læser alle de opfølgingsrapporter,
- 39 jeg har fået og sådan noget, så mange af tingene må jeg ringe op og sige 'hallo', hvad der det lige
- 40 du skriver her eller et eller andet, ikke. Eller
- 41 **I:** [Ja].
- 42 **R:** øh, jeg føler de har, de har sådan snyltet lidt, kan man sige det sådan.
- 43 **I:** Ja, hvad mener du så med snyltet?
- 44 **R:** Ja, altså sådan lidt, 'Ah, det er en af de der, det er bare noget hun siger, hun har ondt, det er fordi
- 45 hun ikke gider arbejde' eller et eller andet. Sådan har jeg følt det ind i mellem.
- 46 **I:** Altså at de i virkeligheden har handlet mere ud fra fordomme end ud
- 47 **R:** [Ja]
- 48 **I:** fra fakta?
- 49 **R:** Ja, det mener jeg, helt bestemt. Ja, lige i mit, det kan godt være at andre også har det sådan,
- 50 sådan har jeg i hvert fald, jeg synes det har været frustrerende, i hvert fald...
- 51 **I:** Ja. Nu skriver jeg det så de har handlet mere ud fra fordomme end fra fakta,

- 1 **R:** [Mhm]
- 2 **I:** for det er det jeg hører dig sige.
- 3 **R:** Ja, ja.
- 4 **I:** Selvom det nu lige er mine ord med fordomme og fakta.
- 5 [Pause]
- 6 **I:** Så vil jeg gå videre til spørgsmål fem om sygdomsopfattelser.
- 7 **R:** Ja.
- 8 **I:** Og der ved jeg godt, det kan være et svært og helt filosofisk spørgsmål.
- 9 **R:** Ja, ja.
- 10 **I:** Det er meget bredt, men i virkeligheden kunne vi måske nøjes med de andre to her, hvad opfatter du som sygdom eller kan du give nogle eksempler på hvad du opfatter er sygdom
- 11 **R:** [Mhm]
- 12 **I:** og eksempler på noget du opfatter som ikke er sygdom, og der mener jeg så, at det kan være at der er nogen der er langtidssygemeldte
- 13 **R:** [Ja, ja]
- 14 **I:** men i virkeligheden ikke er syge, vil du mene.
- 15 **R:** Ja, ja, altså øh hvornår er man syg, altså det, øh, det mener jeg jo bestemt er hvis øh, det kro-..., altså jeg kan så sige, det kan være både fysisk og psykisk, altså man kan godt være, ligesom jeg har det, [anonymiseret] eller, øh, man behøves ikke nødvendigvis at være synligt syg for at være syg, altså, det kan godt være skjulte ting.
- 16 [Pause]
- 17 **I:** Ja.
- 18 **R:** Øh... og det psykiske det kan også være, altså det har jeg jo selv haft inden på livet, det er jo så også, øh, familiemæssigt, hvis man går og tumler rundt med masse ting, og der er sket en masse forandringer i ens liv, så påvirker det jo også arbejdslivet.
- 19 **I:** Ja. Altså, må jeg skrive sociale forhold kan
- 20 **R:** [Ja]
- 21 **I:** påvirke, nu siger du så arbejdsliv, men er det så også, når man bliver syg, eller...
- 22 **R:** Ja, det kan det godt...
- 23 **I:** Ja.
- 24 **R:** Man kan sige det er jo et stort område fordi der er jo både...
- 25 **I:** Mener du så sociale forhold i sig selv kan være sygdom eller er det bare noget, bare i gåseøjne, noget der påvirker...
- 26 **R:** Øh, altså, det kan jo, man kan jo sige i starten er det måske bare, bare noget, der påvirker, men hvis der ikke blive taget hånd om det, hvis man ikke får den rigtige hjælp, så udvikler det sig måske, ikke.
- 27 **I:** Ja.
- 28 [Pause]
- 29 **I:** Okay, har du eksempler på noget, eller nogen, eller folk der går rundt og siger de er syge, men du mener ikke de er syge?
- 30 **R:** Jamen, det er jo det, der er så svært, fordi man kan sige, ikke syg, jamen det er, hvis man står op om morgenen og siger 'Øv, jeg gider ikke gå på arbejde, jeg er nok syg i dag' og man ikke er det. Altså jeg synes hvis man er syg, eller der er noget man tumler rundt med, så synes jeg bare, man må blive hørt, altså jeg ved ikke om man kan sige, der er noget, hvor man ikke er syg. Selvfølgelig vil jeg sige, i forhold til min arbejdssituation, jeg har været i arbejdsprøvning, hvis du ikke har de rigtige arbejdsredskaber til din skavank, ikke altså, hvis, hvis du har en skavank, så kan du godt gå på arbejde
- 31 **I:** [Ja]
- 32 **R:** og lave noget, hvis du har de rigtige hjælpemidler eller hvad man kan sige, ikke... Altså,
- 33 **I:** [Ja]

- 1 **R:** man kan ikke sige, ja,... jamen, man siger jo også til børnene, fordi de har ondt i hovedet, 'Du  
2 kan sagtens gå i skole, men du kan komme hjem hvis du får mere ondt, ikke.' Altså, så det er sådan  
3 en balance, øh, jeg kan jo ikke sidde og vurdere folk, om, om, 'Ah, er det nu rigtigt, det du siger'  
4 og...
- 5 **I:** Ja. Jeg opsummerer lige det her, ikke. Du mener sygdom kan være både fysisk og psykisk, det  
6 kan vise sig, det kan være noget der er skjult...
- 7 **R:** Ja...
- 8 **I:** ...Øh, det behøver ikke være synligt, øh sociale forhold kan, kan påvirke...
- 9 **R:** [Mhm]
- 10 **I:** Øh, øh, en eller anden form for, for sygdom eller sygdomsbillede, øh, sociale forhold kan i sidste  
11 ende også udvikle sig til noget sygdom, hvis der ikke bliver gjort noget ved det...
- 12 **R:** Ja.
- 13 **I:** Øh, du siger omkring hvad der ikke er sygdom, at der er svært, at...
- 14 **R:** [Mhm]
- 15 **I:** at i virkeligheden at sige, det kan for eksempel være, hvis man ikke gider at stå op om morgenen
- 16 **R:** [Ja, [Latter]]
- 17 **I:** eller melder sig syg på arbejde fordi nu gad man ikke lige den dag, men det er ikke rigtig  
18 sygdom, ikke... Øh, og så har du en meget interessant pointe, synes jeg, omkring at man kan jo  
19 godt gå på arbejde, hvis man har en øh, skavank, kalder du det, hvis man har de rigtige  
20 hjælpemidler.
- 21 **R:** Mhm.
- 22 [Pause]
- 23 **I:** Altså, man kan sige, under de rigtige forhold eller betingelser kan man gå på arbejde, selvom man  
24 er syg
- 25 **R:** [Ja]
- 26 **I:** i virkeligheden ikke?
- 27 **R:** Ja.
- 28 **I:** Ja.
- 29 **R:** Det kan jeg jo så sige nu, jeg ved tingene findes til folk som, som har det ikke, altså, for det har  
30 jeg jo hørt oppe fra kommunen af, hvor jeg har været i arbejdsprøvning. Havde jeg nu fået den stol,  
31 som (uforståeligt) jeg har været der de sidste tre uger,
- 32 **I:** [Ja]
- 33 **R:** fordi det kunne måske have afhjulpet mig på en eller anden måde, ikke.
- 34 **I:** [Ja]
- 35 **R:** hvis jeg havde fået det.
- 36 **I:** Okay, godt. Så er der spørgsmål seks om inddragelse arbejdsliv og sygdomssituation. Og der er  
37 jeg nok nødt til at stille spørgsmålet på en lidt anden måde end der står her. Jeg vil godt lige høre,  
38 hvor mange år, du har været på arbejdsmarkedet.
- 39 **R:** Det har jeg været øh, siden [anonymiseret] [Latter].
- 40 **I:** Ja. Okay, siden [anonymiseret]. Så siger jeg, det jeg i virkeligheden godt vil ind på med det her  
41 spørgsmål, det er, at man kan sige, at der kan være tre store temaer, ved en samtale med en  
42 sagsbehandler
- 43 **R:** [Mhm]
- 44 **I:** eller for så vidt en jobkonsulent også. Der kan være dit forudgående arbejdsliv, der kan være din  
45 sygdom eller skavank, og der kan være dit fremtidige arbejdsliv.
- 46 **R:** Hm.
- 47 **I:** Hvis man ser sådan på det, hvad har der så været lagt mest vægt på at tale om fra  
48 sagsbehandlerens side, jobkonsulentens side?
- 49 **R:** Hm, jamen det har helt klart få mig, få mig ud af det her, altså fremtiden, tror jeg.
- 50 **I:** Ja.
- 51 **R:** Meget.

- 1 [Pause]
- 2 **I:** Har... er der blevet snakket noget om dit forudgående arbejdsliv?
- 3 **R:** Nej, det er der ikke sådan, ikke videre, nej det er der ikke. altså ikke sådan, 'Nå, men hvad har du lavet' og 'Hvor meget har du gjort af det' eller... altså sådan, nej, det har der ikke. Altså, og det kan jeg jo så mærke hen ad vejen, nu hvor jeg har været inde i arbejdsprøvning også, at de bliver ved med at sige, 'Du skal bare pace på for at komme ud i det virkelige liv.' 'Det virkelige liv? Jeg har været i det virkelige liv, jeg har arbejdet, jeg har knoklet.'
- 8 **I:** [Ja, Ja].
- 9 **R:** og det, det er bare, det bare øv ikke?
- 10 **I:** Ja.
- 11 **R:** Altså, det er ligesom om, at her er en som har ondt i [anonymiseret],
- 12 **I:** [Ja]
- 13 **R:** hun skal bare videre i systemet. Pyt med det. Ikke noget om, altså, for jeg har været inde, jeg har været inde i, sådan noget jobtræning, hed det. Jeg ved ikke om det stadig hedder det. Det har været nede i en døgninstitution nede i [anonymiseret].
- 16 **I:** Mhm.
- 17 **R:** Et kanon sted. Der fik jeg faktisk lov at være i [anonymiseret] år, det var jeg superglad for.
- 18 **I:** Ja. Hvornår var det?
- 19 **R:** Øh, det var... Det var lige omkring, åh, lad mig se, [anonymiseret] han bliver [anonymiseret], ja, det må være fire år, fire-fem år siden
- 21 **R:** [Ja]
- 22 **R:** der star, ja... (uforståeligt)
- 23 **I:** Var det fordi du havde sygeperioder der eller fordi...
- 24 **R:** Ja, det var fordi jeg skulle ud for at se om øh, for lige som at se, øh nu synes de jeg havde gået længe nok hjemme og sådan noget, det havde jeg også.
- 26 **I:** Ja.
- 27 **R:** Øh, og så for at prøve ligesom af, hvad kunne du tænke dig.
- 28 **I:** Ja, okay.
- 29 **R:** Så...
- 30 **I:** Godt. Men, men lige for at vende tilbage til
- 31 **R:** [Ja]
- 32 **I:** til emnet her...
- 33 **R:** Ehem
- 34 **I:** Du synes der har været mest fokus på fremtiden eller næsten kun
- 35 **R:** [Ja]
- 36 **I:** fra deres side?
- 37 **R:** Ja.
- 38 **I:** I har ikke rigtig snakket om dit forudgående arbejdsliv?
- 39 **R:** a-a.
- 40 **I:** Men så det tredje tema, det var din sygdom eller skavank.
- 41 **R:** Ja.
- 42 **I:** Jeg tænker på, altså ligesom jeg har spurgt om, hvordan startede...
- 43 **R:** Mhm.
- 44 **I:** Du har et arbejdsliv, der kører på en eller anden måde, og så har du en eller anden form for sygdomshistorie også...
- 45 **R:** Ja.
- 47 **I:** ...og så karambolerer de to, øh undervejs...
- 48 **R:** Ja.
- 49 **I:** De har ikke spurgt ind til det forhold?



- 1 **R:** Ikke andet, end at de har sådan spurgt om, altså, 'Nå, men får vi nogle papirer fra lægen af, og  
2 hvad er det præcist det er, du fejler?' Altså, det har ikke været sådan noget dybdegående. Sådan  
3 noget...
- 4 **I:** Ja.
- 5 **R:..** 'Prøv at høre, i [anonymiseret], 'Ja..?', 'Der startede problemerne...' De er måske startet før  
6 også, men nu er jeg så heller ikke personen, som ligger mig ned på sofaen, når jeg får besked på det  
7 vel?
- 8 **I:** Ja.
- 9 **R:** Altså, jeg er ikke en der ligger stille, og, og nu skal du heller ikke, så, så man kan sige, de har  
10 ikke, altså hele min, alt det her sygdom, mine ben og sådan noget, altså det er ikke noget, de sådan  
11 har taget hensyn til.
- 12 **I:** Nej.
- 13 **R:** Altså vil jeg sige, de har mere måske ind mellem sagt 'Ah men hvis du har [anonymiseret ]ben  
14 og ikke kan gå og stå, så kan du i hvert fald ikke lave det, og det og det.'
- 15 **I:** Ja.
- 16 **R:** Altså, det er sådan meget udelukkende, altså udelukkelsesfaserne ikke?
- 17 **I:** Okay. Godt. Tak for svarene. Interessant. Øh, 'Om perspektiver og muligheder i  
18 sagsbehandlingen.'
- 19 **R:** Mhm.
- 20 **I:** Og der kan jeg måske også spørge på en lidt anden måde, jeg tænker mig, i virkeligheden, hvis du  
21 nu havde magt, som du havde agt, hvis du havde en stor pengetank, og du kunne bare bruge alle de  
22 ressourcer, der skulle til, man power, øh, hvad skulle der så ske, med sagsbehandlingen?
- 23 **R:** Øh, ét er, ehem, at de skulle være bedre til at lytte til borgeren.
- 24 **I:** Ja.
- 25 **R:** Øh, og så synes jeg at de fagfolk som har set borgeren ved..., omkring den sygdom de har
- 26 **I:** [Ja]
- 27 **R:** skulle være meget mere på banen.
- 28 **I:** Mener du både læger og fysioterapeuter og andre eller (uforståeligt)?
- 29 **R:** Ja, altså man kan sige, jeg har sådan skrevet, i mit tilfælde ville det være  
30 speciallæger[anonymiseret], ikke, altså
- 31 **I:** [Ja].
- 32 **R:** nede fra Ortopædkirurgisk afdeling
- 33 **I:** Ja, ja.
- 34 **R:** Og så at man ligesom fik en samtale, med sådan én eller sagsbehandleren var med til sådan en  
35 samtale eller, et eller andet, så der blev det dér bedre, hvad kan man sige, samarbejde, møde, eller  
36 omkring den enkelte person.
- 37 [Pause]
- 38 **I:** Ja...
- 39 **R:** Så man ikke, ikke at sagsbehandleren bare skriver ned, og så bliver der sendt sådan et, et brev,  
40 øh fordi det kan
- 41 **I:** [Ja]
- 42 **R:** tilsyneladende ikke altid lade sig gøre at...
- 43 **I:** Ja, interessant forslag...
- 44 **R:** Ja, altså, det, det er det jeg, det er det, synes jeg altså, jeg har bare skrevet, at lytte til borgeren  
45 flere fagfolk og især dem der tilser og så altså mig, ikke, tilser borgeren.
- 46 **I:** Ja.
- 47 **R:** Og det behøver ikke være fys og sådan nogle, for jeg mener at de speciallæger der opererer eller  
48 gør noget, det er ligesom dem, der vurderer, det er ligesom dem, synes jeg, der skal vurdere, hvad  
49 denne her person, i samarbejde med personen selvfølgelig...
- 50 **I:** Mhm.

- 1 **R:** Hvis jeg får at vide, at 'Du må ikke gå på højre fod mere', så er det jo lige som det man skal  
2 forholde sig til. Okay, ikke?
- 3 **I:** Ja.
- 4 **R:** Så det synes jeg klart, der skulle være sådan noget samarbejds møde mellem fagfolk
- 5 **I:** [Ja]
- 6 **R:** og sagsbehandler eller hvad man nu kan sige, ikke?
- 7 **I:** Ja, jeg noterer mig tre ting her.
- 8 **R:** Ja.
- 9 **I:** Med kommunen, især forstået som sagsbehandler og jobkonsulent, skulle simpelthen være bedre  
10 til at lytte, men også være bedre til at forberede sig og læse papirerne.
- 11 **R:** Ja, det er rigtigt, ja. Ja, altså det der papirlæsning der.
- 12 **I:** 'Læse papirerne.' Og så en anden ting jeg har noteret mig, det er at fagfolk, øh her speciallæger,  
13 skulle mere på banen på en eller anden måde, og punkt tre, det er så en kombination af de to første,  
14 kunne man sige,
- 15 **R:** [Ja].
- 16 **I:** det er en eller anden form for mere direkte samarbejde mellem dem, for eksempel hvor at de  
17 speciallæger, der har været involveret i din sag, har opereret dig, øh, de kunne holde møder med  
18 kommunens folk
- 19 **R:** [Ja].
- 20 **I:** og så kunne der komme nogle bedre afklaringer der.
- 21 **R:** Ja.
- 22 **I:** Godt. Det er de tre ting, jeg vil notere. Og så går vi videre til spørgsmål otte
- 23 **R:** [Ja]
- 24 **I:** om forventninger til sagsbehandlingen og praksis. Øh, der er et spørgsmål her hvor der står  
25 'Forestil dig, du er tilbage i tiden, lige da du blev sygemeldt' men jeg kan også bare, jeg kan stille  
26 dig et andet spørgsmål i stedet for at du skal skrue tiden tilbage. Er du blevet skuffet over  
27 kommunens indsats? Og i givet fald, hvorfor?
- 28 **R:** Ja, det er jeg.
- 29 **I:** Ja.
- 30 **R:** Øh, jeg har skrevet her, at øh, at jeg havde forventet der var mere forståelse omkring de ting der  
31 blev sagt fra mig af
- 32 **I:** [Ja].
- 33 **R:** og min sag ikke
- 34 **I:** Ja.
- 35 **R:** Øh, ja, og så har jeg ikke skrevet så meget andet, øh... Jeg mener selvfølgelig at øh, at det stadig  
36 igen er det der med at lytte, og det kan godt være man tænker et, men man sidder der som  
37 professionel, altså det øh, jeg har haft det i mange tilfælde af, jeg føler jeg har skullet være meget  
38 mere klædt på, i forhold til at sidde i sådan en arbejdsledsamtale, eller hvad man kan sige, for  
39 man ikke kender til det...
- 40 **I:** Ja.
- 41 **R:** Den som sidder over for mig, min sagsbehandler, hun burde jo forklare mig hvad det her går ud  
42 på. Hvad vil det sige og være her nu, hvad vil det sige at komme i arbejdsprøvning, hvad vil det sige  
43 at snakke hen mod en revalidering eller skånejob eller fleksjob eller pension eller, altså alle de der  
44 ting, der har været inde på banen, der er bare ikke kommet noget fast ud af det, vel. Ehem.
- 45 **I:** Jeg hører dig sige, der er muligvis, flere ting i det, dels skulle du bedre introduceres til hvad der  
46 ligger i arbejdsprøvning og sådan nogle ting...
- 47 **R:** Ja.
- 48 **I:** Altså, at de ikke bare taler om det som om det er noget du kendte til...
- 49 **R:** [Ja, det er det, ja]
- 50 **I:** og dels skulle de simpelthen være bedre til at fyre det af eller hvad man nu skal kalde det ikke?
- 51 **R:** Ja.

- 1 **I:** Øh, en bedre formidling, eller en bedre forklaring, i virkeligheden ikke?  
2 **R:** Ja, jo. **Bilag 8**  
3 **I:** Øh, på...  
4 **R:** Ja, men forståelse eller hvad kan man sige...  
5 **I:** ...sprog...  
6 **R:** Ja, deres sprog...  
7 **I:** ...eller. Ja, for eksempel. Hvad ligger der i arbejdsprøvning. Fordi du føler det er noget du selv  
8 har skullet sætte dig ind i, det er ikke noget, som de er kommet med. 'Nu skal du se, her har du den  
9 endegyldige folder om det, eller nu forklarer jeg dig det, som det handler om.'  
10 **R:** Det er der ikke nej.  
11 **I:** Nej. De er bare, de er bare gået  
12 **R:** [Jeg har selv skulle læse mig til det]  
13 **I:** [i gang]  
14 **R:** på computeren, ikke?  
15 **I:** Ja.  
16 **R:** På hjemmesider og sådan noget.  
17 [Pause]  
18 **I:** Øh, nu skriver jeg 'En bedre effektivering', jeg skal nok finde et bedre ord, øh, bedre, bedre at  
19 fyre det af, hvad kan man kalde det?  
20 **R:** Hmm..  
21 **I:** At de kan være bedre til at, øh, sætte det i værk.  
22 **R:** Ja, iværksætte er nok et bedre ord. Ja.  
23 **I:** Iværksætte, øh de ting, eller ordninger. Okay.  
24 **R:** Ja.  
25 **I:** Godt. Så går vi videre til spørgsmål ni. Nu vender vi så blikket herved ad imod.  
26 **R:** Ja.  
27 **I:** Der er en ting, jeg skal sige, der står om Projekt arbejdsfastholdelse, der står det så. Det kan godt  
28 være, at det ikke står lysende klart for dig, at du har indgået i et projekt.  
29 **R:** Ja.  
30 **I:** Men det har du. Og det er en dårligt formulering her, fordi det er vores ord, når vi sidder her  
31 **R:** [Åh-ja].  
32 **I:** så plejer vi at snakke om projektpatienter, og alt muligt, øh men for dig, der er det en  
33 undersøgelse hernede på arbejdsmedicinsk  
34 **R:** [Ja]  
35 **I:** afdeling. Øh, så du må undskylde den sprogbrug dér, det er mig...  
36 **R:** Ah, men det er okay [Latter].  
37 **I:** Men det, det vi mener her, eller det jeg mener med det, det er  
38 **R:** [Mhm]  
39 **I:** simpelthen, øh hvordan har du så oplevet forløbet hernede?  
40 **R:** Ja.  
41 **I:** Øh, ja...  
42 **R:** Altså øh, fra den første samtale af eller den samtale jeg havde hernede i august sidste år? Altså...  
43 **I:** Har du været hernede flere gange?  
44 **R:** Nej, jeg har kun været der, her én gang  
45 **I:** [Ja, ja]  
46 **R:** på arbejdsmedicinsk, det er hernede ikke, hos en eller anden læge.  
47 **I:** Ja.  
48 **R:** Øh...  
49 **I:** Hvordan var det?  
50 **R:** Øh, jamen altså, det var jo øh, jeg synes, jeg synes det var godt.  
51 **I:** Ja.

- 1 **R:** Altså et er, at man får lavet sådan en arbejdsprofil  
2 **I:** [Ja]  
3 **R:** hvor man sidder over for en som lytter på én, man kan se det,  
4 **I:** [Ja]  
5 **R:** at han lytter og er forstående. Øh, og at jeg tror måske også at det var ligesom det jeg havde brug  
6 for.  
7 **I:** Ja.  
8 **R:** At der blev sat ned omkring min arbejdssevne og funktion eller hvad man kan sige, øh, og så er  
9 der selvfølgelig nogle ting hvor man altså, jeg griner stadig af det, den dag i dag, fordi der faktisk  
10 står, ehem, i arbejdsprofilen, at øh, patienten ser normal ud af udseende og pænt påklædt, [latter],  
11 øh, ja, det synes jeg måske er sådan lidt, altså, øh.  
12 **I:** Det kan jeg godt fortælle dig, hvad er... Det er noget som er en eller anden reminiscens fra  
13 hvordan man skriver journaler, det er en eller anden standard, som, som man bruger, men som man  
14 ikke altid behøver bruge...  
15 **R:** Nej-nej.  
16 **I:** Det har så været en rutine  
17 **R:** [Latter].  
18 **I:** som er kommet ind, og det er alle  
19 **R:** [Ja-ja]  
20 **I:** der kan komme ud for det.  
21 **R:** Jeg grinte meget af det, for det netop det der med, jamen kan du spille et dobbeltliv, eller hvad,  
22 kan man sidde og  
23 **I:** [Ja]  
24 **R:** være fornuftig her, og så altså, være en bums på din arbejdsplads eller hvad, eller et  
25 **I:** [Ja]  
26 **R:** eller andet, ikke. Men altså, jeg synes det har været, jeg har været rigtig glad for det må jeg sige.  
27 **I:** Ja.  
28 **R:** Øh...  
29 **I:** Hvad var, altså nu har du beskrevet, øh, at, du har sagt du blev lyttet til.  
30 **R:** Mhm.  
31 **I:** Og du mødte forståelse...  
32 **R:** Mhm.  
33 **I:** Øh, var der andre ting, der var, kan man sige rigtig godt?  
34 **R:** Øh, ja, men jeg synes det der med, at det blev skrevet ned...  
35 **I:** Altså, arbejdssevneprofilen?  
36 **R:** Ja...  
37 **I:** Det blev godt beskrevet, din funktion?  
38 **R:** Ja det synes jeg, altså og det er jo, det er jo det jeg synes er vigtigt, at når der bliver skrevet  
39 noget ned, at det sådan det er.  
40 **I:** Ja. Det var en god funktionsbeskrivelse i forhold til arbejdsmuligheder? Kan man sige sådan?  
41 **R:** Ja. Det kan man godt, ja.  
42 **I:** Ja. Okay. Øh, jeg skal lige høre, om der var noget, der var mindre godt? Nu roser du jo...  
43 **R:** Ja, nej, øh, mindre godt jeg ville måske så sige, at det var det som vi havde snakket om, at man  
44 måske, om man kunne få lavet sådan en, en gang om året, eller kun en gang i livet, eller hvem skal  
45 vurdere det, eller, jeg tænker bare, at nu er det jo gået meget ned ad bakke med mig, og øh...  
46 **I:** Ja.  
47 **R:** Man kan sige, at hvis, hvis sagsbehandlere og sådan noget ikke lige læser lægens afgørelse  
48 (latter) mellem linjerne,  
49 **I:** [Ja]  
50 **R:** er det sådan det her, der skal til for at, at, altså øh, forstår du altså, ligesom hvis man laver en  
51 profil, de går meget op i profilen...

- 1 **I:** Ja.  
2 **R:** Når der står her under den linje, at du kan ikke det og det,  
3 **I:** [Ja]  
4 **R:** er det dét man skal forhold sig til eller, eller er det bare sådan...  
5 **I:** Ja, du taler vel i virkeligheden om, at hvis du får en fin beskrivelse herfra i journalen...  
6 **R:** Ja, men tingene kan jo godt ændre sig.  
7 **I:** Ja.  
8 **R:** Man kan sige, min arbejdsprofil, den har faktisk ændret sig.  
9 **I:** Den har faktisk forværret sig, ikke?  
10 **R:** Ja.  
11 **I:** Men, men det er jo tilstrækkeligt  
12 **R:** [Ja]  
13 **I:** beskrevet  
14 **R:** [Ja, det er rigtigt]  
15 **I:** kan man sige, det der er problemet er vel, at den ikke er blevet læst ordentligt heller?  
16 **R:** Ja...  
17 **I:** Eller hvad?  
18 **R:** Jo, det man kan sige er, at det eneste de er gået op i det er at, at øh, at øh man kan sige, at der  
19 står nogle, nogle, det eneste de er gået op i, det er det der gående stående arbejde.  
20 **I:** Ja.  
21 **R:** Men nu tænker jeg sådan, nu laver lægen hernede, sådan, så slår han lidt over, siger han, prøv at  
22 høre her, du kan lave stående siddende 3-4 timer for det belaster [anonymiseret]  
23 **I:** [Ja].  
24 **R:** (uforståeligt) dig ud.  
25 **I:** Ja.  
26 **R:** Så tænker jeg, hvis de ikke læser, for de læser måske slet ikke papirerne, de læser bare, okay, der  
27 står noget her, dårlig arbejdsevne...  
28 **I:** Ja.  
29 **R:** Og sådan, om, om det er bedre man har sådan en, en afklaring for nogen eller her nede fra, for  
30 arbejdsmedicinsk klinik i dem måske lyder større end øh speciallæge eller sådan noget, tænker jeg.  
31 **I:** Det, der er forskellen mellem dem, kan man sige er at  
32 **R:** [Aha]  
33 **I:** kirurgerne har en stor indsigt i præcis hvad de går og laver, og umiddelbare ting med  
34 [anonymiseret].  
35 **R:** [Jeg...]  
36 **I:** Arbejdsmedicinerne har så en større forstand på arbejdsmarkedet også  
37 **R:** [Ja]  
38 **I:** og hvad mulig-...  
39 **R:** [Man har også læst min journal, kan man sige. Alle papirerne jeg har været igennem de sidste ti  
40 år har jeg nu haft, øh, og det synes jeg har været positivt]  
41 **I:** Ja, ja.  
42 **R:** Jeg synes ikke der har været noget, øh, noget dårligt i det, overhovedet.  
43 **I:** Ja.  
44 **R:** Øh...  
45 [Pause]  
46 **I:** Okay. Så, så, man må supplere op også, at det var en god journal, øh, rimeligt fyldestgørende  
47 med de tre ting der  
48 **R:** [Ja, ja]  
49 **I:** før, sagsbehandleren skal være bedre til at..., jobkonsulenten måske også  
50 **R:** [Ja]  
51 **I:** bedre til at læse og forstå

- 1 **R:** [Ja...]  
2 **I:** øh, de samlede...  
3 **R:** [Altså hvad det er der står, indholdet i den, ikke?]  
4 **I:** funktionsmuligheder.  
5 **R:** Ja, ja.  
6 **I:** Godt, øh, jo så er der lige det spørgsmål her om, har projektet, altså har undersøgelsen henede  
7 som mest af alt er en samtale,  
8 **R:** [Ja]  
9 **I:** har den haft nogen indvirkning på hvordan du tænker på dig selv som sygemeldt eller dine  
10 muligheder?  
11 **R:** Ja, altså det, det... har det altså, det har givet mig den tanke, at være bedre til at lytte på mig  
12 selv.  
13 **I:** Ja.  
14 **R:** Øh, og måske også passe bedre på sig selv, altså.  
15 **I:** Ja.  
16 **R:** Mhm, der... ja...  
17 [Pause]  
18 **I:** Ja, kan du uddybe det?  
19 **R:** Jamen, altså, man øh, man ligesom lytter på sig selv omkring, det kan godt være, at  
20 jobkonsulenten eller sagsbehandlere siger, ah, det, kom nu det kan du godt lige, eller, nå, ja, pyt så  
21 gør jeg det, altså sådan har jeg været, sådan er jeg ikke mere. Jeg har det sådan. Nej, jeg kan ikke,  
22 jeg må ikke og jeg skal ikke.  
23 **I:** Ja.  
24 **R:** Øh.  
25 **I:** Ja, så du er i virkeligheden også blevet mere, skal vi sige, mindre autoritetstro på den måde i  
26 forhold til,  
27 **R:** [Ja, det er jeg...]  
28 **I:** over for fagligheder.  
29 **R:** Ja, det er jeg, ja.  
30 **I:** I forhold til at du er ekspert på din krop?  
31 **R:** Ja.  
32 **I:** Ja.  
33 **R:** Ja.  
34 [Pause]  
35 **I:** Okay, har du mere du vil uddybe her?  
36 **R:** Nej, altså det, øh, nej det har jeg ikke, jeg synes... Jeg synes det er et godt initiativ. [Latter]  
37 **I:** Jo, tak. Ja, men øh, så vil jeg sige tak  
38 **R:** [Ja]  
39 **I:** for interviewet her. Og der sker nu det, at ligeså snart jeg har tid, jeg har jo rigtig dejligt travlt for  
40 tiden,  
41 **R:** [Latter].  
42 **I:** men øh, jeg satser virkelig på at køre det igennem det her med at jeg får skrevet det her ind, øh,  
43 så hurtigt jeg kan.  
44 **R:** Okay.  
45 **I:** Og så, øh, sender jeg det til dig. Og jeg skal lige høre en detalje, det er  
46 **R:** [Ja]  
47 **I:** kan jeg emaile det til dig, eller skal jeg sende det til dig?  
48 **R:** Du kan godt maile det til mig.  
49 **I:** Så skal jeg have din emailadresse.  
50 **R:** Det er [anonymiseret].  
51 **I:** Okay.

- 1 **R:** Snabel-a  
2 **I:** Ja.  
3 **R:** [anonymiseret].  
4 **I:** Godt.  
5 **R:** Ja.  
6 **I:** Så sender jeg så til dig. Og så sender jeg det til dig med beskeden, at du må som indhold, hvad  
7 det nu handler om, rette, slette tilføje, ikke. Og husk på, at hvis der er noget, som du siger 'Det her,  
8 det er ikke mine ord, det kan jeg ikke stå inde for det her, ikke?'  
9 **R:** Ja, ja-  
10 **I:** Eller, det er rigtigt nok, jeg sagde det, men jeg vil ikke have det kommer videre alligevel.  
11 **R:** Nå, ja.  
12 **I:** Det må du gerne...  
13 **R:** [Det er jo derfor jeg er her jo, [latter]]  
14 **I:** Ja.  
15 **R:** Eller, det er jo derfor der bliver lavet nogle undersøgelser på...  
16 **I:** Ja.  
17 **R:** Ah men det er rigtigt nok, ja.  
18 **I:** Så stopper vi interviewet her.  
19 **R:** Ja  
20 (SLUT)





## TIFI - Det individuelle fokuserede interview uden transskribering af lydoptagelse

torsdag d. 20. september 2007  
med langtidssygemeldt borger N.N.

Interviewets kondenserede form / noter, der gengives efterfølgende, er godkendt af N.N. den 25. september 2007.

Denne udgave er anonymiseret, hvor følgende er pillet ud og erstattet med "[anonymiseret]":  
Egennavne, stednavne, særlige tidsangivelser, diagnose, og andre personhenførbare oplysninger.

Interviewer (I): Aksel Skovgaard Clausen.

Respondent (R): Langtidssygemeldt borger N.N.

---

### **1. Om forholdet til arbejde alt i alt**

Et godt arbejde er et med gode kolleger, et godt arbejdsmiljø, hvor man kan sige sin mening. Det skal være 'åbent', både med de fysiske og de psykiske rammer.

Det mindre gode arbejde er hvor der ikke er plads til at sige sin mening, hvor der er sladder i krogene, det kan være fra kolleger eller ledere. Eller hvis lederen ikke hører på én. Eller hvis det man var stillet i udsigt ved ansættelsen ikke kommer til at passe med arbejdet.

### **2. Om prioriteringen af din sygedagpengesag**

Jeg er uddannet [anonymiseret] og har været på arbejdsmarkedet siden [anonymiseret]. Jeg har [anonymiseret], det begyndte at blive slemt i [anonymiseret]. Dengang ønskede jeg selv revalidering. Kommunen afslog det med begrundelse i, at [anonymiseret]-problemerne nok var midlertidige på grund af 'overvægt' og min første graviditet. Dengang vejede jeg ikke mere end nu, hvor jeg er normalvægtig. Årene efter var prægede af graviditeter og orlovsperioder. Jeg har [anonymiseret] børn.

I efteråret [anonymiseret] søgte og fik jeg en stilling 20 timer ugentligt, det var en enmandskantine [anonymiseret]. Jeg havde et par sygeperioder. Kolleger på arbejdet anbefalede mig at tale med en kommunal jobkonsulent.

Jeg blev set af en speciellæge i ortopædkirurgi, der diagnosticerede, at jeg har [anonymiseret], og at det er kronisk [anonymiseret]. Jeg prøvede efter jobkonsulentens anbefaling i en periode at have én ugentlig fridag, men det hjalp ikke. Det er siden gået ned af bakke med [anonymiseret].

På det efterfølgende møde med jobkonsulenten gik det galt. Han spurgte ind til sygdom og om jeg havde andre skavanker. Da jeg sagde, jeg også havde smerter i armene, vurderede han, at jeg var psykisk syg. Han sagde det var psykosomatisk. Jeg klagede samme dag over ham.

Efterfølgende var der en ny samtale, denne gang var min mand med, og fra kommunens side både jobkonsulenten og en sagsbehandler. Pludselig kunne alt lade sig gøre ifølge jobkonsulenten. Jeg kom så i arbejdsprøvning. Jeg foreslog selv revalidering til sundhedssekretæruddannelsen, men det blev afvist med henvisning til mine sociale forhold, som jeg ellers mente var irrelevante i den sammenhæng.

Fra januar til juli [anonymiseret] var jeg tre gange hos ortopædkirurgerne på sygehuset. I påsken fik jeg [anonymiseret], og som ellers skulle have hjulpet permanent. Jeg fik at vide, at jeg ikke har udsigt til bedring med [anonymiseret].

Sagsbehandleren i kommune mente dog, at jeg ville have godt af genoptræning med fysioterapi. Når jeg indvendte, at lægerne sagde, at der ikke var udsigt til bedring, så sagde sagsbehandleren, at de i kommunen stolede mest på fysioterapeuterne.

I juli [anonymiseret] skulle jeg til nyt møde, jobkonsulenten havde fundet et job til mig i en butik. Da jeg gik, hvad lægerne tidligere havde konkluderet, nemlig at jeg ikke skulle have stående arbejde, fandt jobkonsulenten så frem til, at jeg kunne arbejdsprøves i kommunens omstilling og borgerservice.

Det blev aftalt, at det skulle være fleksibelt med arbejdstiderne. Jeg havde aldrig prøvet den slags arbejde før, og efter én uge meddelte min nærmeste kollega, at hun ugen efter tog på sommerferie. Så skulle jeg stå med det hele alene. Jeg var efterhånden ved at være godt inde i reglerne for arbejdsprøvning, og jeg vidste, at jeg ikke blot måtte bruges som ferieafløser. Jeg fik negative kommentarer fra mine nye kolleger, som fx 'Det er ikke alle, der har lov til at gå til lægebesøg med børn'. Det havde jeg nemlig behov for ind imellem, fordi min søn er kronisk syg.

Så tog jeg selv initiativ til et nyt møde, hvor min søns rådgiver var med. Men jobkonsulenten meddelte, at han ikke gad tage med til sådant et møde.

Jeg gik til kontrol på sygehuset. En ny læge, der ikke kendte hele min sygehistorie, foreslog genoptræning og fysioterapi tre måneder. Fysioterapeuterne lavede en plan, hvor jeg skulle gå der tre gange ugentligt, men det var for hårdt for mig. Da jeg så gik ned på to gange, sagde sagsbehandleren, at jeg ikke fulgte genoptræningsplanen. Jeg gik så til lægen på sygehuset, der dikterede, at jeg højst skulle genoptræne én gang om ugen.

Jeg afventer nu en afklaring.

Jeg føler, at de i kommunen ikke har forstået årsagen til mine sygemeldinger.

### **3. Om hvad eller hvem der bestemmer mest i sygedagpengesager**

Ideelt bestemmer sagsbehandlere og læger mest. Men i praksis er det meget op til en selv at kæmpe en kamp.

### **4. Om sagsbehandlingens niveau**

Jeg føler ikke de var særligt dygtige. Især fordi de ikke har lyttet nok. De har handlet mere ud fra fordomme end fakta.

### **5. Om sygdomsopfattelse**

Sygdom kan være både fysisk og psykisk, og det behøver ikke være synligt. Sociale forhold er ikke sygdom, men det kan påvirke, så sygdom kan udvikle sig.

Det er svært at sige hvad der ikke er sygdom. Man kan godt stå op om morgenen og gå på arbejde selv når man har en skavank, hvis man har den rigtige hjælp til det.

### **6. Om inddragelse af arbejdsliv og sygdomssituation**

Sagsbehandlerne har haft fokus på det fremtidige. De har ikke været dybdeborende nok i forhold til mit arbejdsliv og har ikke taget hensyn til min sygdom.

### **7. Om perspektiver og muligheder i sagsbehandlingen**

Sagsbehandlere og jobkonsulent skulle være bedre til at lytte.

Fagfolk, fx speciallæger med forstand på ens sygdom, skulle mere på banen..

Der måtte gerne være mere samarbejde mellem kommunen og fagfolk.

### **8. Om forventninger til sagsbehandlingen og praksis**

Jeg er blevet skuffet, jeg havde forventet mere forståelse.

Jeg havde forventet en bedre formidling fra deres side, for de taler meget indforstået, fx om 'arbejdsprøvning'. Hvad ligger der i dette? De ved alt om det, men til at begynde med ved jeg det ikke.

Sagsbehandlerne burde være bedre til at iværksætte konkrete tiltag.

### **9. Om Projekt arbejdsfastholdelse**

Det har været godt. Der blev lyttet og vist forståelse, og det havde jeg brug for. Det var godt med beskrivelsen af mine erhvervsmuligheder, jeg var rigtig glad for funktionsbeskrivelsen.

Journalen var god. Men sagsbehandleren skal være bedre til at læse og forstå denne.

Undersøgelsen på arbejdsmedicinsk afdeling har gjort mig bedre til at lytte til mig selv, og har hjulpet mig til at være mindre autoritetstro, og bedre til at tage vare på min egen krop.

(Slut på interview)



## Kort sammenligning af transskriberet interview over for TIFI jævnfør bilag 8 og bilag 9

Der er tale om samme borger og samme interview. Interviewet er gennemført som alle andre TIFI-interview i denne undersøgelse, dvs. med en relativt hurtig produktion af noter fra interviewet. Transskriberingen er foretaget ca. 3 måneder efter interviewet.

Denne sammenligning er kort og er ikke på nogen måde en dybdegående eller fyldestgørende analyse af forskellen mellem et typisk transskriberet interview og TIFI. Sammenligningen er illustrativ for nogle umiddelbare og udvalgte forskelle.

### *Bilagsfigur 1: Udvalgte forskelle på samme interview transskriberet og med TIFI*

	Transskriberet interview	TIFI
Længde i tekst (sider, ord, antal tegn)	26,5 sider. 13.112 ord. 53.752 tegn.	2,3 sider. 886 ord. 4.479 tegn.
Tidsforbrug på 'rå' indskrivning fra bånd / udkast fra noter	6 timer*	2 timer
Tidsforbrug på konventioner, renskrivning / procedure med godkendelse og rettelser	4 timer	1 time
Tidsforbrug på håndtering og analyse af tekst	8 timer**	2 time
Er der udsagn i den transskriberede tekst, der er overset i TIFI??	-	Intet væsentligt i forhold til problemstilling og temaer.
Er der udsagn i TIFI som ud fra den transskriberede tekst synes at være udlagt forkert, 'skævt' eller som der ikke er belæg for?	-	Minimalt og uden væsentlig betydning i forhold til problemstilling og temaer.

\* Det anførte tidsforbrug på 'rå' indskrivning fra bånd er mit estimat for en dygtig transkribent for én times interview. Urutineret, som jeg selv er i denne kunst, tog det mig 16 timer at indskrive den rå tekst.

\*\* Det anførte tidsforbrug på håndtering og analyse af teksten fra det transskriberede interview er mit skøn, idet jeg ikke har udført en sådan. Her er mit skøn, at tidsforbruget på håndtering og analyse af den transskriberede tekst tager fire gange så lang tid som håndtering og analyse af meningskondenserede noter. Hvis man ser på antal ord som udgangspunkt er forskellen en faktor 15 (13.112 / 886).

Den umiddelbare store forskel er tidsforbruget. I eksemplet her samlet fra indskrivning til analyse: Med transskribering (6+4+8) 18 timer pr. interview, og uden (2+1+2) fire timer pr. interview. Samlet viser eksemplet, at mens et typisk transskriberet interview kan tage op imod en arbejdsuge at få på plads med indskrivning og analyse, kan man med TIFI få tre - fire gange så mange interview. Tidsforbruget anvendt på transskribering kan variere meget afhængigt af den tastendes arbejdshastighed, valg af transskriberingskonventioner m.m. Desuden er der flere forhold omkring interview (planlægning, lave konkrete aftaler m.v.), der ikke er medtaget her. Men pointen er under alle forhold, at forskellen i tidsforbrug er så væsentlig, at der med brug af TIFI muliggøres langt flere interview – og / eller frigøres tid til at få analyseret data eller indhente andre typer data.