

Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere?

Stella Mia Sieling-Monas & Thomas Bredgaard

Det seneste årti er beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere udvidet og intensiveret. Der er nu krav i lovgivningen om, at kommunerne skal iværksætte en aktiv, tidlig, tværfaglig og helhedsorienteret beskæftigelsesindsats for at få sygedagpengemodtagere i arbejde. Men i hvilken udstrækning er der forskningsmæssigt belæg for antagelserne i sygedagpengeindsatsen? Det undersøges i denne artikel: dels ved at synliggøre og systematisere antagelserne i sygedagpengelovgivningen, dels ved en gennemgang og evaluering af den nyeste danske og internationale litteratur på området.

Sygedagpenge er en midlertidig økonomisk kompensation, der ydes til erhvervsaktive personer, som er sygemeldte på baggrund af egen sygdom. Sygedagpengeindsatsen, som her betegner den samlede kommunale indsats på sygedagpengeområdet, har som primært formål at understøtte, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt.

I 2013 var der i alt ca. 375.000 personer, som modtog sygedagpenge i kortere eller længere tid, hvilket omregnet til fuldtidspersoner svarer til ca. 75.000 helårsmodtagere. Blandt disse sygedagpengemodtagere er der en stigende andel, som deltager i beskæftigelsesrettede tilbud. Siden 2008 er antallet af aktiverede sygedagpengemodtagere steget fra knap 30.000 personer til knap 50.000 personer i 2013 (jf. jobindsats.dk). De offentlige udgifter til forsørgelse af sygedagpengemodtagere udgjorde i 2012 knap 14 mia. kr. Driftsudgifterne til den aktive indsats for

sygedagpengemodtagere var samme år 0,6 mia. kr. (Koch-udvalget 2014, 29).

Overgangen til en aktiv beskæftigelsesindsats for sygedagpengemodtagere sker i midten af 2000-tallet. Den er således næsten et årti forsinket i forhold til den aktive arbejdsmarkeds- og socialpolitik for dagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere (Bredgaard m.fl. 2011; Torfing 2004; Larsen m.fl. 2001).

Indsatsen for sygedagpengemodtagere er inspireret af antagelser fra den aktive beskæftigelsesindsats om, at en tidlig og aktiv beskæftigelsesrettet indsats kan reducere antallet af borgere på overførselsindkomst. Sygedagpengeindsatsen er samtidig inspireret af forestillinger i reformerne af førtidspensions- og kontanthjælpsområdet om, at indsatser skal være koordinerede, tværfaglige og helhedsorienterede for at virke (jf. jobafklaringsforløb i næste afsnit).

Spørgsmålet er imidlertid, om beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere

virker efter hensigten, og om der er belæg for lovgivningens antagelser. Det undersøges vi ved at gennemgå lovgivningen og opstille en såkaldt *programteori* for antagelserne i sygedagpengeindsatsen. Dernæst efterprøves programantagelsernes gyldighed ved at undersøge, i hvilken udstrækning der i litteraturen er belæg for lovgivningens antagelser. Ambitionen er at tydeliggøre, hvor der enten er tilstrækkelig viden, mangler viden, eller hvor den eksisterende viden er modstridende, usikker eller uklar.

Udviklingen i sygedagpengeindsatsen

For at forstå de væsentligste programantagelser for sygedagpengeindsatsen, starter vi med at redegøre for udviklingen i lovgivningen på sygedagpengeområdet.¹ Hensigten er at identificere centrale antagelser bag den nuværende lovgivning på området og derefter undersøge, om der er belæg for antagelserne i forsknings- og evalueringslitteraturen.

I begyndelsen af 1970'erne bliver sygedagpengeindsatsen formelt et anliggende for kommunalpolitik og administration. I 1973 overtager kommunerne det økonomiske ansvar for tildelingen af sygedagpenge og ansvaret for opfølgningen i sygedagpengesager fra de private sygekasser. I de følgende to årtier stiller lovgivningen på området dog kun ganske få krav til kommunernes opfølgning.

Fra midten af 1990'erne tages skridt mod en mere aktiv opfølgningsindsats i tråd med den linje, som lægges på kontanthjælps- og dagpengeområdet. I 1996 fremrykkes opfølgningen i sygedagpengesager til senest ottende uge mod tidligere hver tredje måned. Denne fremrykkede indsats styrkes samtidig med krav om, at kommunerne skal udarbejde opfølgningsplaner inden seks måneders sygefravær. Kravet

om en tværfaglig koordination styrkes i samme forbindelse, idet det forudsættes, at opfølgningen sker i samarbejde med den sygemeldtes arbejdsgiver og faglige organisationer, hvor der hidtil kun var krav om inddragelse af sundhedssystemet og arbejdsformidlingen.

I 1998 skærpes den sygemeldtes forpligtelse til at medvirke ved opfølgningen. Hvis kommunen vurderer, at den sygemeldte ikke medvirker, er det muligt at stoppe udbetaling af sygedagpenge. Således indføres muligheden for at anvende økonomiske sanktioner. Året efter skærpes kommunernes incitament til at gennemføre en tidligere indsats, idet der indføres varighedsbegrænsning, således at kommunerne skal afholde den fulde forsørgelsesudgift til sygedagpengemodtagere efter 52 uger. Fra ottende til 52. fraværsuge afholder kommunen 50 % af forsørgelsesudgiften og får resten refunderet af staten. I år 2000 fremrykkes kommunernes medfinansiering til efter femte fraværsuge. Det er dog først efter årtusindeskiftet, at der iværksættes beskæftigelsestilbud til sygedagpengemodtagere. Første skridt er indførelse af *arbejdsevneметоден*. I 2002 bliver det obligatorisk for kommunerne at benytte arbejdsevneметоден til at beskrive, vurdere og udvikle arbejds-evnen, når borgere ansøger om førtidspension, fleksjob og revalidering. Man ønsker at flytte fokus fra *uarbejdsdygtighed* til *arbejdsevne* ved at fokusere på borgernes evne til at opfylde de krav, der stilles på arbejdsmarkedet til at udføre forskellige arbejdsopgaver. Arbejdsevneметоден og ressourceprofilen skal sammen skabe et ensartet og fælles fagligt grundlag for sagsbehandlingen, herunder også i sygedagpengesager.

Det beskæftigelsesrettede fokus i sygedagpengeloven forstærkes i 2005. I tråd med udviklingen på beskæftigelsesområdet for dagpenge- og kontanthjælpsmodtagere gøres det tydeligt, at formålet med sygedag-

pengeindsatsen er, at flest muligt fastholdes i arbejde, og at sygefraværperioden gøres så kort som muligt. Der kommer mere fokus på brugen af delvise raskmeldinger (når borgeren kan genoptage arbejdet på nedsat tid) og løbende kontakt med arbejdspladsen under sygeforløbet.

Der indføres samtidig tre visitationskategorier, som sygemeldte skal inddeles i ved opfølgningssamtalerne: 1) sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forestående, 2) sager, hvor der er risiko for et langvarigt sygeforløb, eller risiko for at borgerens arbejdsevne bliver truet, samt 3) sager, hvor indsatsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygeforløb, og hvor tilbagevenden til arbejde eller deltagelse i tilbud ikke er muligt (Rigsrevisionen 2014). For personer i kategori 2 indføres en hyppigere og mere intensiv indsats med personlige samtaler hver fjerde uge. Der indføres desuden nye lægeerklæringer, som skal indeholde oplysninger om funktionsbegrænsninger med henblik på at fastholde den sygemeldte i arbejde.

I 2008 blev der, som led i finanslovsaftalen for 2009, indgået en politisk aftale om nedbringelse af sygefraværet. Med aftalen fik jobcentrene mulighed for at tilbyde sygemeldte en aktiv beskæftigelsesindsats. Arbejdsgiverne forpligtes til at afholde fraværssamtaler med den sygemeldte efter senest fire uger og medvirke til at udfylde såkaldte *mulighedserklæringer* omkring arbejdsfastholdelse. Arbejdsgivernes incitament til at fastholde sygemeldte medarbejdere skærpes tillige, idet perioden, hvor arbejdsgiveren skal betale for de ansattes sygefravær, forlænges til de første 30 sygedage.

Kommunernes beskæftigelsesindsats udvides samtidig, idet kommunerne får mulighed for at anvende hele redskabsviften i *lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (dvs. vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, løntilskud og mentorordninger).

Kommunens incitament til at iværksætte en aktiv indsats skærpes yderligere, idet kommunerne får 65 % refusion af udgifterne, når sygemeldte er i aktive tilbud, mod 35 %, når de er i såkaldt passive perioder.²

Det foreløbige sidste skridt i denne *aktivgørelse* af sygedagpengelovgivningen er forliget om reform af sygedagpengesystemet fra december 2013. Forliget afskaffer varighedsbegrænsningen på 52 uger og indfører i stedet en ny kontanthjælpslignende ydelse uden formue- eller ægtefælleafhængighed. Til gengæld for denne tidsbegrænsede forsørgelsesydelse sker der dog en revurdering af den sygemeldtes ret til sygedagpenge allerede efter fem måneder mod tidligere 12 måneder. Hvis den sygemeldte ikke kan forlænges på sygedagpenge, overgår vedkommende til såkaldte jobafklaringsforløb og den nye og lavere ydelse på niveau med kontanthjælpen.

Jobafklaringsforløbene tager udgangspunkt i de ressourceforløb og rehabiliteringsteams, som er indført på førtidspensions- og kontanthjælpsområdet. Målsætningen er at tilbyde en individuelt tilpasset og helhedsorienteret indsats, der kan bidrage til at udvikle arbejdsevnen for den enkelte. Den sygemeldte får tildelt en koordinerende sagsbehandler, som skal være gennemgående i hele borgerens sygeforløb. De aktive beskæftigelsestilbud koncentrerer omkring sygemeldte med *"længerevarende, men forudsigelige forløb, hvor sygdommen er udredt, og der er igangsat behandling"* i visitationskategori 2 (jf. forligstekst, dateret 18. december 2013, s. 2).

Reformen bygger således videre på antagelser om, at en tidlig, aktiv og helhedsorienteret beskæftigelsesindsats virker for sygedagpengemodtagere, navnlig personer i risiko for længerevarende sygeforløb (kategori 2). Vi vil i det følgende ekspliciterer de antagelser, som er præsenteret i gennemgangen af lovgivningen, ved at opstille en

programteori for beskæftigelsesindsatsen på sygedagpengeområdet for denne gruppe borgere.

Programteori for indsatsen

Programteorier er udviklet indenfor evalueringsteori, nærmere bestemt indenfor virkningsevaluering (jf. Dahler-Larsen & Krogstrup 2004; Bredgaard m.fl. 2011; Dahler-Larsen 2013; Pawson & Tilley 1997; Pawson 2013). Programteorier er eksplicitte antagelser om, hvad der virker for hvem under hvilke omstændigheder. Altså antagelser om, hvad der forbinder en given intervention overfor en bestemt målgruppe med bestemte resultater i en given kontekst (Bredgaard m.fl. 2011; Funnell & Rogers 2011; Dahler-Larsen 2013). Programteorier identificerer og evaluerer de (generative) mekanismer, som i bestemte kontekster udløser resultater ('outcomes') (Pawson & Tilley 1997). Disse programantagelser kan stamme fra eksisterende forskning, evaluering og faglig teori på et felt, men også fra de mere implicitte antagelser, som er indlejret i lovgivning og hos beslutningstagere, medarbejdere, brugere og borgere. Der kan således være en enkelt, flere eller muligvis modstridende programteorier for den samme intervention (Hansen & Vedung 2010).

I det følgende går vi på jagt efter en generisk programteori for sygedagpengeindsatsen. Udgangspunktet er lovgivningens antagelser om, hvad der virker for hvem under hvilke omstændigheder. Disse antagelser er sjældent krystalklare og eksplicitte. Vi forventer heller ikke, at der er et lineært forhold mellem lovgivning og praksis, men antager i stedet, at lokal praksis i en vis udstrækning bygger på antagelserne i lovgivningen med rum for lokal variation og diskretion. Der vil uden tvivl kunne identificeres et større antal mere specifikke programteorier i den kommunale praksis,

som i større eller mindre grad er afledt af lovgivningens intentioner og formål.

I det følgende har vi valgt at præsentere den lovgivningsbaserede programteori for sygedagpengeindsatsen som et procesdiagram inspireret af Funnel & Rogers (2011). Diagrammet illustrerer forventede kausale sammenhænge, som antages at eksistere mellem de væsentligste aktiviteter i sygedagpengeindsatsen og forventede resultater på kort og længere sigt (delmål og slutmål), jf. figur 1 nedenfor. De centrale begreber i programteorien er målgruppe, aktiviteter, mekanismer, delmål og slutmål. Vi beskriver hver af dem nedenfor, samtidig med at vi udvikler programteorien for sygedagpengeindsatsen.

Målgruppen for indsatsen er sygedagpengemodtagere, som deltager i beskæftigelsesrettede tilbud efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, dvs. kategori 2 i sygedagpengeloven. Indenfor denne målgruppe definerer vi forskellige undergrupper (fx sygemeldte fra ledighed, sygemeldte fra beskæftigelse, sygemeldte med fysiske begrænsninger, sygemeldte med psykiske lidelser). I litteraturgennemgangen vil vi rette opmærksomheden mod, om indsatsen virker forskelligt for disse undergrupper.

De væsentligste *aktiviteter* i sygedagpengeindsatsen er beskæftigelsestilbud, opfølgningssamtaler og udredning. Det er i den sammenhæng en pointe, at sygedagpengeindsatsen må formodes at virke bedst i de tilfælde, hvor indsatsen er koordineret og sammenhængende på tværs af disse aktiviteter.

(1) *Beskæftigelsestilbud* til sygedagpengemodtagere består af tre generelle indsatser: Virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud (dog ikke sygemeldte med arbejdsgiver) samt vejledning og opkvalificering (aktivloven § 22). Vejledning og opkvalificering dækker i den sammenhæng over ordinære uddannelser, korte kurser og afklaringsforløb. Som en del af disse aktive tilbud kan

indgå psykologhjælp, kostvejledning, fysisk træning, stress- og smertehåndtering m.v. Egentlig hospitalsbehandling er dog ikke et aktivt tilbud. Der er en klar prioritering i lovgivningen, hvor virksomhedspraktik og løntilskud foretrækkes frem for øvrige tilbud, såsom opkvalificering, vejledning og afklaring hos kommunale eller andre leverandører. Det kommer bl.a. til udtryk i den differentierede refusionsmodel, hvor henholdsvis 50 % og 30 % af kommunens sygedagpengeudgifter dækkes af staten.

(2) *Opfølgningssamtaler* og planer: Der skal ifølge sygedagpengeloven iværksættes et individuelt og fleksibelt opfølgningsforløb under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger. I kategori 2-sager skal der følges op første gang inden ottende uge og herefter mindst hver fjerde uge. Kommunen skal ved første samtale tage stilling til udarbejdelse af en opfølgningsplan med fokus på arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde. Formålet med planen er at sikre overblik og koordination af indsatsen i den enkelte sag (jf. sygedagpengeloven § 16).³

(3) *Udredning* er ikke en kategori eller aktivitet i lovgivningen, men en samlebetegnelse for kommunens og øvrige relevante parter indsats for at udrede fysiske og psykiske udfordringer hos den enkelte. Det vil i praksis ofte være kommunen, der i samarbejde med læger og sygehus vurderer den sygemeldtes konkrete behov for behandling (jf. sygedagpengeloven § 15). Det er muligt for kommunen at stoppe udbetaling af sygedagpenge, hvis den sygemeldte mod lægens opfordring afviser at lade sig indlægge eller modtage nødvendig lægebehandling eller afviser at deltage i genoptræning (sygedagpengeloven § 21).⁴

Formålet med aktiviteterne er at opnå bestemte resultater i forhold til målgruppen. I programteorien skelnes mellem *delmål* og *slutmål* (kortsigtede og langsigtede

resultater eller '*output*' og '*outcome*', som de benævnes i den engelske litteratur). Det er oftest betydeligt lettere at realisere delmål end slutmål, idet omgivelserne og eksterne faktorer i højere grad indvirker på sidstnævnte. Der er omvendt på beskæftigelsesområdet en tendens til hovedsageligt at evaluere på realisering af slutmålet (navnlig selvforsørgelses- og beskæftigelsesgrad). Det langsigtede slutmål for sygedagpengeindsatsen er, at borgerne bliver selvforsørgende gennem ordinær beskæftigelse. Der er imidlertid andre stationer på vejen mod fuld selvforsørgelse, som det fremgår af figur 1, nemlig delvis raskmelding, revalidering og fleksjob.⁵ Dette fremgår bl.a. af de såkaldte forlængelsesmuligheder, hvorved kommunen kan træffe afgørelse om at forlænge sygedagpengeperioden for personer, der er omfattet af varighedsbegrænsningen. Forlængelsesmuligheden omfatter bl.a. revalidering og afgørelse om ret til fleksjob (jf. sygedagpengeloven § 27). Staten belønner samtidig kommunen med høj refusion (50 %), når den sygemeldte er delvist raskmeldt. Omkring en tredjedel af sygedagpengemodtagerne overgår til beskæftigelse. En tredjedel forsætter på midlertidig offentlig forsørgelse (a-dagpenge, kontanthjælp eller sygedagpenge). Omkring en femtedel flytter til fleksjob eller revalidering (inkl. ledighedsydelse). Den resterende tiendedel overgår til førtidspension eller andet (jf. jobindsats.dk).

Det afgørende – og mest udfordrende – i anvendelsen af virkningsevaluering er at identificere og evaluere *mekanismer*. Det er mekanismerne, som forbinder målgrupper og de aktiviteter, som indsatsen omfatter, med de resultater, som skabes. Mekanismer forklarer, hvordan og hvorfor en indsats virker eller ikke virker, og forklarer hvad det er ved en aktivitet, som påvirker resultatet. Mekanismer er dog vanskelige at identificere og evaluere. Mekanismer er

hverken programaktiviteter eller statistiske variable, selvom de ofte bliver forvekslet hermed (Astbury & Leeuw 2010; Pawson & Manzano-Santaella 2012). Opgaven er derfor at identificere, hvad det er ved selve indsatsen, som får den til at virke, hvis og når den virker. Mekanismer er ifølge Astbury og Leeuw (2010, 368ff) kendetegnet ved (1) ofte at være skjulte, (2) følsomme overfor variationer i konteksten og (3) at generere resultater. Mekanismer er vigtige at identificere, både fordi de linker indsatsens aktiviteter med de forventede resultater, men også fordi de er overførbare fra én kontekst til en anden og dermed kan muliggøre læring og faglig teoribygning.

Relationen mellem mekanismer og resultater er ikke fastgjort på forhånd, men er kontingent, dvs. afhænger af den pågældende *kontekst*. Om potentialer bliver til effekter afhænger af, hvorvidt den pågældende kontekst formår at aktivere me-

kanismerne. Konteksten er en slags antændingsmekanisme, der bestemmer, hvornår mekanismerne virker. Konteksten er derfor afgørende, når succes eller fiasko skal forklares. Det er dermed evalueringens opgave at undersøge, i hvilken udstrækning en given kontekst aktiverer eller deaktiverer de intenderede mekanismer.

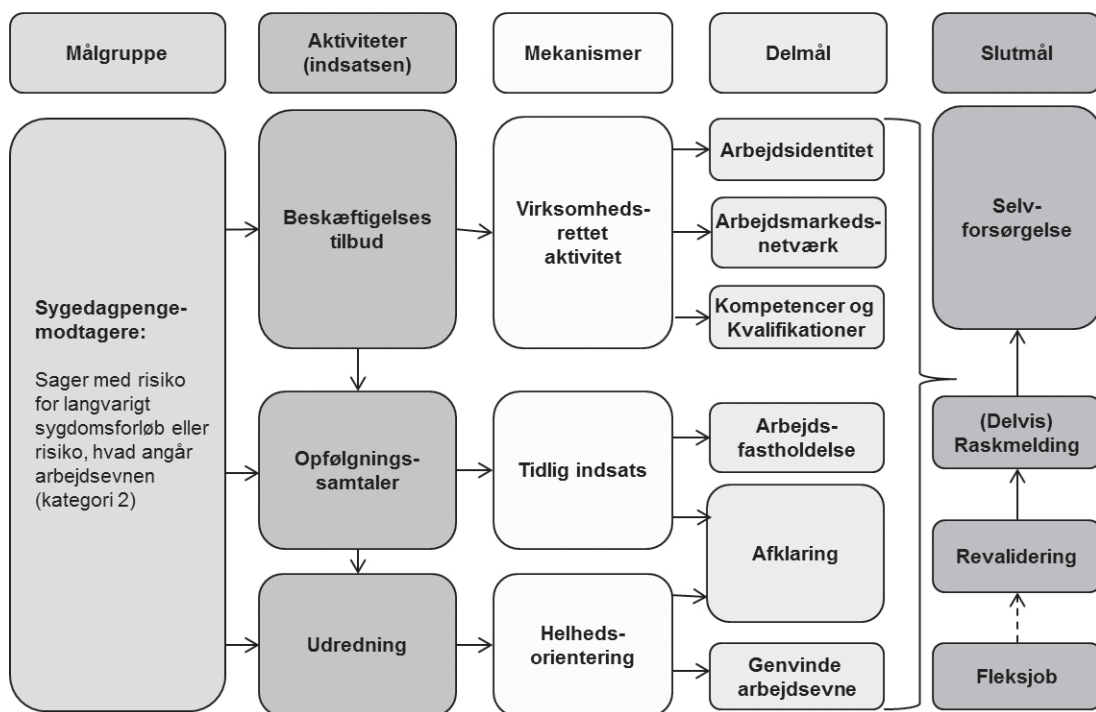
Med disse begreber er det nu muligt at præsentere en programteori for beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere (jf. figur 1).

I det følgende afsnit gennemgår vi kort programteoriens tre mekanismer, altså de led i vores programteori, som antages at forbinde aktiviteterne med givne del- og slutmål.

Første mekanisme: Virksomhedsrettet aktivitet

Overordnet bygger lovgivningen på en antagelse om, at virksomhedsrettet aktivitet

Figur 1. Programantagelser i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere



medvirker til at få borgeren hurtigst muligt tilbage til raskmelding eller arbejde, fordi det forventeligt forbedrer deltagernes arbejdsidentitet, arbejdsmarkedsnetværk samt kompetencer og kvalifikationer. Aktivitet opfattes grundlæggende som bedre end passivitet, uagtet hvilke psykiske eller fysiske problemstillinger, der ligger til grund for en borgers sygemelding (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013). Det dækker over virksomhedspraktik og privat løntilskud for ledige sygedagpengemodtagere og arbejdspladsbaserede interventioner for ansatte sygedagpengemodtagere. For ansatte sygedagpengemodtagere er der en klar antagelse om, at tidlig involvering af arbejdspladsen kan medvirke til at bringe sygemeldte hurtigere tilbage på arbejdspladsen, og at gradvis tilbagevenden (delvis raskmelding) angives som et eksempel på en indsats, der virker (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013, 20). For ledige sygedagpengemodtagere er antagelsen overført fra den aktive beskæftigelsesindsats for dagpengemodtagere, hvor effektevalueringer og kontrollerede forsøg har påvist positive beskæftigelseseffekter af virksomhedsrettet aktivering (Rosholm & Svarer 2011; Det Økonomiske Råd 2012). Det er imidlertid uklart, hvorfor og hvordan virksomhedsrettet aktivitet virker.

Anden mekanisme: Tidlige indsatser

En anden central antagelse er, at indsatsen skal iværksættes tidligt. Det betyder, at der skal gennemføres opfølgningssamtaler senest efter otte uger fra borgerens sygemelding. Antagelsen er, at jo hurtigere foranstaltningerne iværksættes, jo kortere tid vil borgeren være sygemeldt. (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2013, 12).

Tredje mekanisme: Helhedsorientering

I de senere år er der sket en udvikling hen mod et øget fokus på helhedsorientering i sygefraværsindsatsen, særligt i forbindelse

med reformer af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge. I lovgivningsmateriale og vejledninger anvendes begreber som tværfaglighed, sammenhæng, koordination, samarbejde, parallelitet m.v. Begreber, som er vanskelige at operationalisere og konkretisere. Udfordringen er at udgå en situation, hvor den sygemeldte falder ned mellem beskæftigelsesystemet og sundhedssystemet og oplever en fragmenteret og opsplittet indsats. Der er således indført tværfaglige rehabiliteringsteams, som skal afgøre langvarige og komplekse sager, hvor tidligere indsatser ikke har været virksomhedsfulde, og der er indført koordinerende sagsbehandlere, som skal sikre helhedsorienteringen i praksis. For sygedagpengemodtagere skal det tværfaglige samarbejde indgå som led i borgernes opfølgingsplan.

Vi vil nu efterprøve, hvorvidt der i den eksisterende litteratur er belæg for de mest centrale antagelser i lovgivningen

Litteraturgennemgang

I det følgende foretages en gennemgang af den danske og udenlandske litteratur omkring, hvad der virker for hvem i sygedagpengeindsatsen. Denne gennemgang har til formål at undersøge, hvorvidt der er belæg for de antagelser, som er fundet i lovgivningen. Men først en metodisk note. Vi henter inspiration til litteraturgennemgangen fra den realistiske syntese (jf. Pawson 2006) og har udvalgt såvel proces- og effektevalueringer som kvalitative og kvantitative studier. Selektionskriterierne er både krav til videnskabelig kvalitet og relevans i forhold til centrale antagelser i programteorien. Der er foretaget en emnebaseret søgning på strategisk udvalgte nøgleord: arbejdsmarked, aktivering, beskæftigelse, beskæftigelsespolitik, dagpenge, indsats, kommuner, koordinering, ledighed, rehabilitering, reform, sociale ydelser, sygedagpenge, sygdom, syge-

fravær, sygemeldte, tidlig, tværfaglig, tværsektorielt. Søgningen vægter således både nøgleord, som er emneorienterede samt nøglebegreber, som er teoretiske. Der er desuden udvalgt primærlitteratur gennem søgninger i litteraturlister, kildehenvisninger og websøgning. Strategien er at lade søgningsarbejdet præge af en art sneboldmetode, indtil henvisninger bliver selv-refererende og ikke henviser til nye, væsentlige udgivelser (Pawson, 2006). Vi har på ovenstående grundlag udvalgt 10 studier fra perioden efter år 2000. Den ene halvdel består af review af den eksisterende danske og internationale litteratur, hvilket i alt omfatter omkring 400 primærstudier. Den anden halvdel er kvalitative og kvantitative evalueringer af forskellige typer af interventioner, som er gennemført i dansk sammenhæng.

Review af undersøgelser på sygedagpengeområdet

Vi begynder med en gennemgang af de fem udvalgte litteraturoversigter, der som nævnt både omfatter dansk og international litteratur på sygedagpengeområdet. I gennemgange fokuserer vi især på studiet af Høgelund (2012), idet dette review er den største og mest omfattende af sin art for den specifikke målgruppe.

1. Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats

Jan Høgelund fra SFI har for Arbejdsmarkedsstyrelsen gennemført det hidtil mest omfattende review af danske og internationale forskningsresultater af beskæftigelseseffekten af indsatser for sygemeldte (Høgelund 2012). Rapporten gennemgår resultaterne af i alt 95 reviews og enkeltstående studier. Der inkluderes alene kvantitative effektstudier, primært artikler, fra perioden 2001 til 2011. Rapporten sammenfatter viden om effekten af indsatser på arbejdspladser, her-

under delvise syge- og raskmeldinger, og indsatser i sundheds- og beskæftigelsessystemet, herunder effekten af tværfaglige og tidlige indsatser. Høgelund konkluderer på dette grundlag følgende:

- Der er evidens for, at *arbejdspladsbaserede indsatser* har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er indikation for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, øger beskæftigelseschancen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer såsom stress eller depression. Resultaterne bygger på seks 'reviews' og 17 enkeltstående studier.
- Der er udvalgt tre danske og fem norske/svenske studier omkring *delvise rask- og sygemeldinger*. Disse studier understøtter, at delvise rask- og sygemeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for lønmodtagere generelt (uanset helbredsproblem). Der er ingen viden om effekten for sygemeldte med forskellige typer af helbredsproblemer. Der er få studier og modstridende viden, når det gælder mentale helbredsproblemer.
- Der er modstridende viden om effekten af *beskæftigelsesindsatser* (fx revalidering i form af uddannelse, aktive tilbud og assistance til jobsøgning og tilbagevenden til arbejde, forkortet TTA). De fundne studier omhandler indsatser med forskelligt indhold. Resultaterne bygger på to danske og fire udenlandske studier, heraf to randomiserede studier. Der er blot en enkelt registerundersøgelse, som undersøger effekten af samtaler og aktive tilbud, herunder delvise raskmeldinger. Det omtalte studie er evalueringen af det kontrollede forsøg *Aktive – hurtigere tilbage*, som vi omtaler igen nedenfor. Analysen viser, at indsatsen ikke påvirkede deltagernes selvforsørgelsesgrad de første 50 uger efter forsøgets start (Boll m.fl. 2010).

- Sammenlignet med andre indsatsområder er der et stort vidensgrundlag omkring effekter af *indsatser i sundhedssystemet* (fysisk træning, indsatser rettet mod mentale forhold samt indsatser, som inddrager fysiske og mentale elementer); men der er modstridende viden på området. Den modstridende viden kan skyldes forskelle i effektmål (sygefravær versus TTA), population (fx om studier med andre end sygemeldte er medtaget) og afgrænsning af indsatserne. Resultaterne tyder i retning af, at fysisk rettede indsatser gennemgående har en positiv effekt, og at inddragelse af arbejdspladsen øger effekten.
- Der er udvalgt et review og otte enkeltstående studier om effekten af *tværfaglige indsatser*. De viser evidens for, at tværfaglige indsatser i sundhedssystemet har en positiv effekt for ryg-sygemeldte.
- Der er udvalgt et review og tre studier, som viser stærk evidens for, at *kontakt mellem aktører i sundhedssystemet og på arbejdspladsen* har en positiv effekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er moderat evidens for, at tidlig kontakt mellem arbejdsgiverne og den sygemeldte har en positiv beskæftigelseseffekt.
- Der er modstridende viden om effekten af indsatsen, hvor *samtaler* udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen. Det er svært metodisk at adskille effekten af samtaler fra øvrige tiltag, og effekten afhænger formentlig også af samtalerens indhold og kontekst.
- Den tilgængelige viden (i dette tilfælde tre 'reviews') understøtter, at *tidlig indsats* har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Evidensgrundlaget er imidlertid ikke så sikkert som i traditionelle 'reviews' af randomiserede studier, idet effekten i studier med personer sygemeldt i kort tid sammenlignes med effekten i studier med langvarigt sygemeldte.

Der er således visse opmuntrende resultater særligt for indsatser rettet mod sygemeldte med skelet- og muskelbesvær. Høgelund (2012, 24) advarer dog mod at drage for håndfaste konklusioner. For det første fordi effekterne af indsatserne ser ud til at være af forholdsvist begrænset størrelse. For det andet fordi flere review peger på, at studierne har metodiske svagheder, hvilket gør vidensgrundlaget usikkert. For det tredje er der tegn på publiceringsbias, dvs. at positive resultater oftere bliver publiceret end negative resultater. For det fjerde er mange af studierne gennemført under andre lovgivningsmæssige og kulturelle forhold foldhold end i Danmark, og der er behov for at efterprøve, om resultaterne af udenlandske effektstudier også gælder i Danmark (Høgelund 2012, 25). Vi ser i det følgende nærmere på de resterende udvalgte studier og forsøger at komme nærmere en vurdering af, hvorvidt vores programteori kan understøttes af forskningsresultater.

2. Effekter af arbejdsfastholdelse

I en undersøgelse af hvad der bidrager til at få skadelidte medarbejdere tilbage på arbejdspladsen, finder Holt og Nilson (2013) fra SFI, at inddragelse af virksomheden og koordinering mellem den sygemeldte og dennes arbejdsgiver er afgørende for succes. Rapporten sætter fokus på virksomhederne rolle og erfaringer i forbindelse med arbejds-skader og efterfølgende fastholdelsesprocesser. Rapporten er baseret på en gennemgang af den videnskabelige litteratur indenfor området, koblet med materiale fra 24 kvalitative interview med ledere og medarbejdere fra syv udvalgte virksomheder. Det noteres i rapporten, at der er tale om mønstervirksomheder med et særlig udtalt ønske om at bidrage til medarbejderfastholdelse i forbindelse med arbejdsskade, hvilket kan være med til at påvirke eller måske forstærke konklusionerne (Holt & Nilson

2013, 9). Det konkluderes, at inddragelse af virksomheden øger sandsynligheden for at fastholde en skadelidt borger i beskæftigelse, og at faktorer såsom tidlig indsats, koordinering og tilpasning af arbejdet er vigtigt (Holt & Nilson 2013, 58-62).

3. Sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med fysiske lidelser

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) har udarbejdet en hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde (TTA) for borgere med muskel- og skeletbesvær (NFA 2008). Rapporten bygger på både dansk og international forskning og inkluderer såvel review som enkeltstudier. NFA finder *"tydelig evidens"* for effekten af en tidlig indsats overfor sygemeldte med fysiske lidelser. Der lægges særlig vægt på tidligt samarbejde mellem den sygemeldte og dennes arbejdsgiver, hvor dette er muligt. Baseret på resultaterne af arbejdet med hvidbogen anbefales det desuden, at der gennemføres en tværfaglig og flerstrengt intervention, som indeholder både medicinsk behandling, kognitiv terapi og arbejdspladstilpasning (NFA 2008, 36).

4. Sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med psykiske lidelser

NFA har udarbejdet en tilsvarende hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde for personer med psykiske lidelser (NFA 2010). I lighed med første publikation inkluderer hvidbogen hovedsageligt metaanalyser og randomiserede undersøgelser i perioden 1995 til 2010. Det konkluderes, at *"tidlig opsporing og behandling"* er afgørende for borgere med psykiske problemstillinger. På baggrund af litteraturstudiet anbefales det, at arbejdsgiveren inddrages i indsatsen, således at det både er de behandlingsmæssige og de arbejdsmæssige behov, som va-

retages (NFA 2010, 16). Dertil konkluderes, at en koordinatorfunktion i interventionen har positiv effekt for personer med depressioner (NFA 2010, 418).

5. Borgere med svær psykisk sygdom

Christensen og Nordentoft (2011) har foretaget et review af forskningsresultater for sygemeldte borgere med svær psykisk sygdom. Gennemgangen er primært baseret på fem review og 17 RCT-studier. Definitionen af svær psykisk sygdom inkluderer personer med diagnoser som skizofreni, skizotypi, bipolare lidelser eller svær depression med psykotiske symptomer. Rapporten fokuserer særligt på to typer af indsatser for denne gruppe, som er kendetegnet ved tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller arbejdsgiver (såkaldt *'pre-vocational training'* og *'individual placement and support – IPS'*). Resultaterne peger på, at deltagelse på det ordinære arbejdsmarked (IPS) for svært psykisk syge borgere understøttes af ovennævnte tilbud, uden det medfører yderligere belastninger eller stress for deltagerne. Forfatterne påpeger, at der er stærk evidens for, at dette bør kombineres med og være en integreret del af psykiatrisk behandling, der understøtter forløbet.

Evalueringer af interventioner på sygedagpengeområdet

I det følgende gennemgår vi fem enkeltstående effekt- og procesevalueringer af forskellige typer interventioner på sygedagpengeområdet, alle gennemført i Danmark i perioden 2006 til 2014.

6. Det store TTA-forsøg

Forsøget er så vidt vides et af de største TTA-projekter (*Tilbage-til-Arbejde*), der nogensinde er gennemført (NFA 2012, 5). Det blev designet som et kontrolleret forsøg i perioden 2010 til 2012. Projektet tog udgangspunkt i

den eksisterende viden om sygemeldtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet og navnlig NFA's egne hvidbøger omtalt ovenfor (NFA 2008; NFA 2010). Evalueringen blev gennemført i 22 danske kommuner og omfattede i alt 13.000 sygemeldte borgere. Formålet var at afprøve, om det var muligt at etablere en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats indenfor eksisterende lovgivningsmæssige rammer. Målgruppen var sygemeldte borgere, der i kommunerne visiteres til kategori 2 (risiko for langvarigt sygeforløb).

Indsatsen i TTA-projektet var flerstrengt og bestod af flere indbyrdes afhængige og overlappende elementer: (1) tværfaglige TTA-enheder bestående af en koordinerende sagsbehandler, TTA-teams (psykologer og fysio-/ergoterapeuter) samt kliniske enheder (psykiatere og arbejds-/social-/almenmedicinere), (2) bestemte TTA-fremgangsmåder og redskaber ift. samtaler, samarbejde med arbejdspladsen, tidlig afklaring, ugentlige konferencer m.v. samt (3) TTA-uddannelse og anden understøttelse af implementeringen.

I 2012 gennemførte NFA en omfattende evaluering af projektet. Evalueringen omfattede 1) effektevaluering af projektets effekter på sygefraværslængde og selvforsørgelsesgrad, 2) en procesevaluering, som undersøgte projektets implementering samt 3) en økonomisk evaluering af indsatsens konsekvenser for både kommuner, det offentlige og samfundets økonomi (NFA 2012).

Procesevalueringen viste, at det kun lykkedes fem kommuner at implementere TTA-projektet på et meget højt niveau. Seks kommuner vurderes at have implementeret projektet på et lidt lavere niveau. For de resterende kommuner blev implementeringen vurderet som mindre god og i fem af disse kommuner som lav (NFA 2012, 15). Den store variation i kommunernes implementering af indsatsen gør det vanskeligt at vurdere effekten af projektet.

Effektevalueringen bestod af forskellige delevalueringer. For det første et lodtrækningsforsøg (RCT-studie) foretaget i tre kommuner (2.000 sygemeldte i TTA-indsats), som blev sammenlignet med den sædvanlige sagsbehandling (1.100 sygemeldte). NFA finder her store kommunale forskelle i effekten. Den gennemsnitlige effekt i de tre kommuner er en reduktion på 2,2 ugers reduktion af varigheden af sygemeldinger. Denne effekt er imidlertid ikke statistisk signifikant, og det kan derfor ikke afvises, at indsatsen var uden effekt.

Derefter fortog evaluator en før- og efteranalyse af effekten, idet syv kommuner først igangsatte TTA-indsatsen i det andet projektår og derfor kunne sammenlignes med de kommuner, der igangsatte indsatsen i første projektår. Denne metode er behæftet med større usikkerhed end RCT-studiet, men viser tilsvarende en meget stor spredning i effekterne. Således har seks kommuner opnået en positiv effekt, mens fire kommuner har opnået en negativ effekt på sygefraværet. Den generelle effekt for de 22 kommuner, som har deltaget i projektet, tyder ifølge NFA på en *"meget svag positiv tendens"* (NFA 2012, 21), men resultatet kan ikke bruges til at forudsige effekter i andre kommuner, der ikke har været med i projektet (NFA 2012, 25).

NFA går derefter videre og beregner de generelle effekter i kommuner, som er lykkedes med en god implementering. I de fem kommuner med en god implementering opnås en positiv effekt på sygefraværslængden svarende til en reduktion med ca. 2,6 uger (NFA 2012, 21). Et resultat der efterfølgende fremhæves i Beskæftigelsesministeriet presmeddelelse som det generelle resultat fra TTA-forsøget, og som førte til kritik af beskæftigelsesministeren for at manipulere med projektets resultater.

7. Aktive – hurtigere tilbage

”Aktive – hurtigere tilbage” var et randomiseret kontrolleret forsøg, som blev gennemført i 2009 blandt sygedagpengemodtagere og fleksjobvisiterede i 16 jobcentre. Forsøget bestod af en kombination af intensive kontaktførelser, forebyggende tilbud og aktivering. De deltagende jobcentre valgte ret forskellige procedurer for gennemførelse af forsøget, hvilket vanskeliggjorde effektvurdering. Evalueringen viser, at deltagergruppen deltog i markant flere kontaktsamtaler, forebyggende tilbud og aktivering end kontrolgruppen, men at aktiveringen i overvejende grad ikke har været virksomhedsrettet. Deltagergruppen har som helhed ikke opnået en højere selvforsørgelsesgrad end kontrolgruppen de første 50 uger efter forsøgets start. Til gengæld er der en signifikant stigning i forekomsten af delvis raskmelding i deltagergruppen. Den økonomiske analyse viser således, at forsøget giver et underskud på ca. 1.635 kr. pr. person i deltagergruppen, før udgifterne til forebyggende tiltag og aktivering er inkluderet. Det vurderes dog, at der kan være positive langsigtede effekter af forsøget, som ikke har været mulige at undersøge på grund af den korte evalueringsperiode (Boll m.fl. 2010).

8. KVIS-projektet

Arbejdsmarkedsstyrelsen har gennemført forsøgsprogrammet KVIS – Koordineret Virksomhedsrettet Indsats for personer på Sygedagpenge i kategori 2. Projektet var et modelprojekt iværksat i 14 kommuner i perioden 2011 til 2013 og bestod af interventioner overfor knap 3000 sygemeldte borgere med et tidligt og tværfagligt fokus. DISCUS har lavet slutevaluering af projektet. Der er gennemført en effektvurdering, men uden kontrolgruppe, idet effekten er opgjort på jobcentrets samlede målgruppe af sygemeldte i kategori 2. Alligevel fremhæves det, at otte af de 14 projekter har haft

en signifikant positiv effekt på overgang fra sygedagpenge til ordinær beskæftigelse. Tre projekter har ikke haft signifikant effekt, og de resterende tre projekter har haft negativ signifikant effekt på beskæftigelse. Det kan således ikke konkluderes, at projektet har haft en signifikant positiv beskæftigelses-effekt. Alligevel fastholder DISCUS på baggrund af de positive resultater i otte forsøgs-kommuner, at forsøgsindsatsen generelt har virket i forhold til at bringe sygemeldte tilbage i beskæftigelse, at den tidlige indsats har virket, og at arbejdsgiverinddragelsen har virket (DISCUS 2014, 7).

9. Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse

Det såkaldte KIA-projekt blev evalueret af Arbejdsmiljøinstituttet i 2006. Baggrunden for projektet var at arbejde med forebyggelse af længerevarende sygefravær ud fra tværfaglig rehabilitering. Målgruppen for projektet bestod af borgere i fire kommuner, som var sygemeldte mellem fire og 12 uger fra arbejdspladsen med smerter i bevægeapparatet. Tværfagligheden involverede i dette projekt en læge, en kiropraktor, en fysioterapeut og en psykolog, som arbejdede sammen i rehabiliteringsteams. Der er foretaget effektvurdering med deltager- og kontrolgruppe, økonomisk evaluering samt et kvalitativt studie. Det konkluderes, at der findes store udfordringer i de sager, hvor en borger krydser flere forskellige special- og sektorområder, men at der er klare tegn på, at en koordineret og tværfaglig indsats er både omkostningseffektiv og skaber øget tilfredshed med det samlede forløb hos borgerne (Kilsgaard m.fl. 2006).

10. Rigsrevisionen

Til sidst skal nævnes *Rigsrevisionen*, der på eget initiativ har gennemført en procesevaluering af indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (Rigsrevisionen 2014). Rigsre-

visionen har bl.a. gennemgået sager i fem kommuner, som viser, at arbejdsgiverne i over halvdelen af sagerne afskedigede den sygemeldte under sygedagpengeforløbet. Undersøgelsen viser, at det for nogle kommuner er en udfordring at få etableret en tilstrækkelig tidlig indsats. Rigsrevisionen kritiserer også Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (tidligere Arbejdsmarkedsstyrelsen) for ikke i tilstrækkelig grad at følge op på resultaterne af sygedagpengeindsatsen. Endelig viser undersøgelsen implementeringsproblemer i forhold til jobcentrenes kontakt med arbejdsgiver og samarbejdet med lægerne.

I det følgende afsnit diskuterer vi resultaterne fra litteraturgennemgangen og holder disse op imod antagelserne fra vores programteori.

Diskussion og konklusioner

Siden det i 2009 blev muligt for kommunerne at anvende aktive beskæftigelsestilbud til sygemeldte, er der årligt omkring 50.000 sygemeldte borgere i aktiveringstilbud på beskæftigelsesområdet. Af sygedagpengelovgivningen fremgår det klart, at aktive beskæftigelsesindsatser forventes at virke for sygedagpengemodtagere. Der er klare antagelser om, at beskæftigelsesindsatser skal forankres hos arbejdsgivere (for beskæftigede sygemeldte) eller være virksomhedsrettede (for ledige sygemeldte), at de skal iværksættes hurtigst muligt efter sygemeldingen (tidlige indsatser), og at indsatserne skal gå på tværs af beskæftigelsessystem, sundhedssystem og det sociale system (helhedsorientering og tværfaglighed).

Vi har i artiklen kortlagt og systematiseret de programantagelser, som er indlejret i sygedagpenge- og beskæftigelseslovgivningen. Programteorien er alene formuleret i forhold til sygedagpengemodtagere med risiko for langvarigt sygeforløb, som deltager

i beskæftigelsesrettede tilbud (såkaldt kategori 2). Programteorien bygger på tre centrale antagelser, som vi følgerig gennemgår sammen med resultaterne af litteraturgennemgangen.

(1) Beskæftigelsestilbud formodes at have en positiv beskæftigelseeffekt, når de anvendes som virksomhedsrettede aktiviteter, idet disse tilbud forbedrer deltagernes arbejdsidentitet, arbejdsmarkedsnetværk samt kompetencer og kvalifikationer. For ansatte sygedagpengemodtagere består virksomhedsrettede aktiviteter i arbejdspladsbaserede interventioner, og for ledige sygedagpengemodtagere består de i virksomhedspraktik og privat løntilskud.

I litteraturgennemgangen har vi dog fundet, at der er begrænset og modstridende viden omkring effekten af *beskæftigelsesindsatser* generelt. Der er evidens for, at *virksomhedsrettede aktiviteter* er virksomme for sygedagpengemodtagere med muskel- og skeletbesvær og indikationer for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, også øger beskæftigelseschancerne for sygemeldte med mentale problemer. Et eksempel på sidstnævnte er brugen af '*individual placement and support*', hvor svært psykisk syge kommer i ordinært arbejde og efterfølgende får støtte til at beholde jobbet. Dette har vist sig mere virksomt end aktive tilbud i beskyttede miljøer. *Delvise rask- og sygemeldinger*, som også er eksempel på arbejdspladsbaserede interventioner, ser ud til at virke positivt generelt, men der er ikke tilstrækkelig viden omkring, hvordan det virker for borgere med forskellige typer af helbredsproblemer. Der er resultater, som peger i retning af, at *fysisk rettede indsatser* i sundhedsvæsenet har en positiv effekt på beskæftigelse og tilbagevenden til arbejde, og at effekten forstærkes ved inddragelse af arbejdspladsen.

(2) Opfølgningssamtaler formodes at have en positiv beskæftigelseeffekt og med-

føre flere delvise raskmeldinger, når de gennemføres tidligt i sygefraværsløbet, idet de kan bidrage til arbejdsfastholdelse samt afklaring af deltageren.

Der er begrænset viden om effekten af opfølgningssamtaler. Resultaterne af evalueringer, hvor *samtaler* udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen, er modstridende. Litteraturen tyder derimod på, at *tidlige* indsatser har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.

(3) Udredning af den sygemeldtes fysiske eller psykiske udfordringer formodes at virke, når udredningen bygger på helhedsorientering (tværfagligt samarbejde og koordination) – navnlig mellem sundhedsvæsen, beskæftigelsessystem og arbejdsgiver, idet den enkelte således lettere kan genvinde arbejdsvejen og bliver afklaret omkring tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Litteraturgennemgangen viser, at der er stærk evidens for, at *kontakt mellem aktører i sundhedsvæsenet og arbejdspladsen* har positiv effekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Der er ikke tilsvarende undersøgelser, der fokuserer specifikt på effekten af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og beskæftigelsessystemet.

Som det fremgår af artiklen, er der efterhånden gennemført ganske mange undersøgelser og evalueringer af sygedagpengeindsatsen. Der er også nogle overordnede resultater, som peger på positive effekter af tidlige og virksomhedsrettede aktiviteter, sådan som det antages i den eksisterende lovgivning. Særligt for sygemeldte med fy-

siske lidelser synes disse antagelser underbygget af forskningslitteraturen.

Vi mangler dog fortsat mere systematisk viden om, hvilke typer af beskæftigelsestilbud som virker bedst overfor forskellige typer af sygemeldte. Der mangler bedre viden omkring effekten af den tværfaglige indsats i kommunale rehabiliteringsteams og spillet mellem beskæftigelsessystem og sundhedssystem. Det er eksempelvis fortsat usikkert, om beskæftigelsestilbud er virksomme overfor sygemeldte med svære psykiske lidelser, selvom erfaringerne med 'Individual Placement and Support – IPS' er positive. Vi mangler også mere kvalitativ viden omkring jobcentrenes og kommunernes evne til at implementere lovgivningens ambitiøse målsætninger omkring tværfaglighed, koordination og helhedsorientering. Disse aspekter er vigtige at få belyst, hvis vi skal komme nærmere en vurdering af, hvilke indsatser som er meningsfulde overfor de sygemeldte.

For at komme nærmere en besvarelse af spørgsmålene om, hvordan, hvorfor og under hvilke omstændigheder sygedagpengeindsatser virker og for hvem, mener vi, at der er behov for forskning, som arbejder videre med at specificere og evaluere programteoriene, som er indlejret i sygedagpengeindsatsen. Dette kan skabe grundlaget for en egentlig evidensbaseret indsats samt en dialog mellem de ansvarlige og udøverne af indsatsen om, hvad der virker i forhold til at hjælpe sygemeldte borgere tilbage til raskmelding.

NOTER

1 Fremstillingen bygger på Claus Brøgger Jacobsen (2013): *Et halvhjertet helhedssyn?* Ph.d.-afhandling, Institut for Samfund og Globalisering, Roskilde Universitetscenter (s. 114-120).

2 I 2011 blev dette ændret til, at halvdelen af kommunens forsørgelsesudgifter til sygedagpengemodtagere refunderes, når de deltager i virksomhedspraktik, løntilskud, ordinære ud-

- dannelsesforløb eller er delvist raskmeldt. Når sygedagpengemodtageren ikke deltager, refunderes blot 30 % af forsørgelsesudgifterne.
- 3 Reformen pr. 1. januar 2015 ændrer visitationskategorierne og koncentrerer indsatsen om sygemeldte med længerevarende, men forudsigelige forløb (kategori 2).
 - 4 Reformen styrker pr. 1. juli 2014 den enkelte borgers mulighed for at afvise uønsket be-

handling uden at sygedagpengene bortfalder (aftaletekst 2013).

- 5 Borgere kan visiteres til fleksjob, hvis de har varige og væsentlige begrænsninger i arbejdsevnen og ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Pilen fra fleksjob i figur 1 er stiplede for at illustrere, at fleksjob fra 2013 er midlertidige (jf. aktivloven § 70).

REFERENCER

- Aktivloven – *Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (Nr. 415 af 26/04/2013): <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=164698>. Tilgået 21/11/2014.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2013): *Afrapportering fra det tværministerielle sygedagpengeudvalg*, København, Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Arbejdsmiljøinstituttet (2006): *Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse*, København, CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Arbejdsmiljøinstituttet.
- Astbury, Brad & Frans L. Leeuw (2010): Unpacking black boxes: mechanisms and theory building in evaluation, i *American Journal of Evaluation*, 31, 3, 363-381.
- Beskæftigelsesministeriet (2013): *Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge (Sygedagpengeloven)*. (LBK nr. 871 af 28/06/2013), <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152326>.
- Bredgaard, Thomas m.fl. (2011): *Hvad virker i aktiveringsindsatsen?*, Aalborg, Beskæftigelsesregion Nordjylland.
- Boll, Joachim m.fl. (2010): *Evaluerings – aktive hurtigere tilbage*, København, Arbejdsmarkedsstyrelsen og Rambøll.
- Christensen, Thomas & Merete Nordentoft (2011): *Review om effekter af beskæftigelsesrettede Indsats til Personer med Svær Psykisk Sygdom*, København, Beskæftigelsesministeriet.
- Dahler-Larsen, Peter (2013): *Evaluerings af projekter – og andre ting, som ikke er ting*, Odense, Odense Universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, Peter og Hanne Kathrine Krostrup (2004): *Nye veje i evaluering*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Det Økonomiske Råd (2012): Kapitel 2: Arbejdsmarkedspolitik i høj- og lavkonjunktur, i *Dansk økonomi efterår 2012*, København, Det Økonomiske Råd.
- DISCUS (2014): *Slutevaluering – KVIS forsøgsprogrammet Koordineret Virksomhedsrettet Indsats for Sygedagpengemodtagere kategori 2*, København, DISCUS.
- Forligstekst (2013): *Forlig om en reform af sygedagpengesystemet – Økonomisk sikkerhed for sygemeldte samt en tidligere og bedre indsats*, dateret 18. december 2013 (www.bm.dk).
- Funnell, Sue C. & Patricia Rogers (2011): *Purposful program theory*, Jossey-Bass.
- Hansen, Morten Balle & Evert Vedung (2010): Theory-based stakeholder evaluation, i *American Journal of Evaluation*, 31, 3, 295-313.
- Holt, Helle & Klara Nilsson (2013): *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere – Virksomheders rolle og erfaringer*, København, SFI – det nationale forskningscenter for velfærd.
- Høgelund, Jan (2012): *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte – en Litteraturoversigt*, København, SFI – det nationale forskningscenter for velfærd.
- jobindsats.dk: <http://www.jobindsats.dk/sw173.asp>. Tilgået 3/2/2015.
- Kilsgaard, Jørgen m.fl. (2006): *Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet*, København, Arbejdsmiljøinstituttet (NFA).
- Koch-udvalget (2014): *Veje til job – en arbejdsmarkedsindsats med mening*. Ekspertgruppen

- om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats, februar 2014 (www.bm.dk).
- Larsen, Flemming, m.fl. (2001): *Kommunal aktivering – mellem disciplinering og integration*, Aalborg, Aalborg Universitetsforlag.
- NFA (2008): *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær*, København, Arbejds miljøinstituttet (NFA).
- NFA (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*, København, Arbejds miljøinstituttet (NFA).
- NFA (2012): *Det store TTA-projekt. Proces-, effekt- og økonomisk Evaluering*, København, Arbejds miljøinstituttet (NFA).
- Pawson, Ray & Nick Tilley (1997): *Realistic evaluation*, London, SAGE.
- Pawson, Ray (2006): *Evidence-based policy: A realist perspective*, London, SAGE.
- Pawson, Ray & Ana Manzano-Santaella (2012): A realist diagnostic workshop, i *Evaluation*, 18, 2, 176-191.
- Pawson, Ray (2013): *The science of evaluation – a realist manifesto*, London, SAGE.
- Rigsrevisionen (2014): *Beretning til Statsrevisorerne om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde*, København, Rigsrevisionen.
- Rosholm, Michael & Michael Svarer (2011): *Effekter af virksomhedsrettet aktivering i den aktive arbejdsmarkedspolitik*, København, Arbejds markedsstyrelsen.
- Torfinn, Jacob (2004): *Det stille sporskifte i velfærdsstaten*, Århus, Aarhus Universitetsforlag.

Stella Mia Sieling-Monas, cand.scient.soc., ph.d.-studerende, Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet København
e-mail: stms@dps.aau.dk

Thomas Bredgaard, lektor, ph.d., Aalborg Universitet, Institut for Statskundskab, Forskningscenter for Evaluering (FCE) og Center for Arbejds markedsforskning (CARMA)