

Speciale i Folkesundhedsvidenskab

Af Emil Meyland Kortsen

PSYKISK SYG I BESKÆFTIGELSESSYSTEMET

Et kvantitativt studie og review af den aktive beskæftigelsesindsats for personer med psykisk sygdom



Hovedvejleder:

Hans Okkels Birk, Ekstern lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Bivejleder:

Ingelise Andersen, Lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Afleveret d. 30.04.2020

Antal normalsider af 2400 anslag: 99,8

Abstract

Background: In Denmark the estimated employment rate for people with mental illnesses is 30%, and 60% for people with a physical condition. Active labour market policies are meant to facilitate entry into employment, but there is a lack of knowledge on potential differences between the two groups in a job center program, and on which interventions are effective specifically for unemployed with mental illness.

Objective: The objective was twofold: 1) do people with physical and mental illnesses differ in duration of job center programs, and are their health and quality of life affected? 2) what is the evidence base on effects of common employment interventions for people with mental illness?

Methods: Comparing unemployed with mental or physical illnesses currently or formerly in job center programs, using stepwise adjusted logistic regression on five outcomes: duration, health improvement, improvement in quality of life, health aggravation, and aggravation in quality of life. Followed by a review on effects of interventions commonly offered to unemployed people with mental illnesses in Denmark.

Findings: In former job center programs, the duration was longer for participants with a mental illness (OR=2,47-3,25). Participants with a mental illness were more likely to experience an improvement in health (OR=1,65-4,10) and quality of life (OR=2,23-2,64). However, some analysis suggested that participants with mental illnesses, were also more likely to experience health aggravation (OR=2,05-2,25), but with no associations between type of illness and aggravation in quality of life.

In order to maintain people with mental illnesses in employment, job related interventions were found to be effective. As were IPS in facilitating entry into employment. Evidence for conversations with case workers, early- and multidisciplinary interventions were contrary. Finally, evidence for people with mental illnesses were lacking for non-formal education, job training and support from a mentor.

Discussion: Differing durations of job center programs might only be found in former programs as they are no longer ongoing. Participants were not limited to answering questions of either improvement or aggravation which might explain statistically significant effects on both improvement and aggravation in health. Evidence on interventions might be limited for people with mental illnesses due to a tradition of defining the unemployed through their relation to the employment system. Future studies should achieve common consensus on choice of a) target groups, b) contents and definitions of interventions and c) outcome variables and time spans for evaluation.

Forord

Jeg vil gerne takke min specialevejleder Hans Okkels Birk for et godt samarbejde, samt Joan Bentzen og resten af Psykiatrifonden for at give mig adgang til deres data. Desuden vil jeg gerne takke min familie og kæreste for at støtte mig gennem hele processen.

Emil Meyland Kortsen

April 2020

| | |
|---|-----------|
| Abstract | 2 |
| Forord | 3 |
| 1. Introduktion | 7 |
| 1.2 Aktive beskæftigelsesindsatser og psykisk sygdom..... | 7 |
| 2. Formål | 9 |
| 3. Teori | 10 |
| 3.1 Sygdomstypen og effekter af jobcenterforløb | 10 |
| 3.2 Beskæftigelseeffekter af en aktiv indsats | 11 |
| 4. Metode | 12 |
| 4.1 Den ideelle besvarelse..... | 12 |
| 4.2 Overblikssøgning og dialog med fagpersoner | 12 |
| 4.3 Søgestrategi..... | 13 |
| 4.3.1 Videnskabelige Databaser | 13 |
| 4.3.2 Andre litteraturkilder..... | 13 |
| 4.3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier | 14 |
| 4.3.4 Søgeord..... | 14 |
| 4.3.5 Søgeproces | 14 |
| 4.4 Endeligt valg af kilder | 16 |
| 4.4.1 Vurdering af endelig litteratur..... | 18 |
| 4.5 Adgang til data | 20 |
| 4.6 Datarensning | 20 |
| 4.6.1 Inklusion og eksklusion | 22 |
| 4.6.2 Opdeling i aktuelt og tidligere forløb | 22 |
| 4.7 Analysestrategi | 23 |
| 4.7.1 Test af marginale associationer..... | 23 |
| 4.7.2 Brug af logistisk regression | 23 |
| 5. Resultater | 27 |
| 5.1 Endelige data..... | 27 |
| 5.2 Resultater af marginale analyser | 31 |
| 5.3 Modelsøgning af logistiske regressionsmodeller | 31 |
| 5.3.1 Tests for potentiel confounding i tidligere forløb..... | 31 |
| 5.3.2 Modelsøgning med hovedvirkninger..... | 32 |
| 5.3.3 Modelsøgning med interaktioner | 32 |
| 5.4 Log-likelihood ratio test | 33 |
| 5.5 Fund fra statistiske analyser | 34 |
| 5.5.1 Varigheden af et jobcenterforløb..... | 34 |

| | |
|---|------------|
| 5.5.2 Jobcenteraktivitetens forbedring af helbred..... | 36 |
| 5.5.3 Jobcenteraktivitetens forværring af helbred..... | 38 |
| 5.5.4 Jobcenterforløbs forbedring af livskvalitet..... | 40 |
| 5.5.5 Jobcenterforløbs forværring af livskvalitet..... | 41 |
| 5.6 Effektstudier af den aktive beskæftigelsesindsats | 42 |
| 5.6.1 Vejledning og opkvalificering (VO)..... | 44 |
| 5.6.2 Mentorstøtte..... | 47 |
| 5.6.3 Virksomhedsrettede indsatser (VI)..... | 50 |
| 5.6.4 Samtaler med sagsbehandlere | 54 |
| 5.7 Indsatser udvalgt med snowballing | 57 |
| 5.7.1 Tidlige indsatser | 57 |
| 5.7.2 Arbejdspladsbaserede indsatser..... | 59 |
| 5.7.3 Tværfaglige indsatser..... | 63 |
| 5.7.4 IPS..... | 66 |
| 5.8 Opsummering af fund..... | 71 |
| 6. Diskussion | 72 |
| 6.1 Diskussion af statistiske analyser | 72 |
| 6.1.2 Varigheden af et jobcenterforløb..... | 74 |
| 6.1.3 Helbred, livskvalitet og jobcenterforløb | 77 |
| 6.2 Den aktive beskæftigelsesindsats | 80 |
| 6.2.1 Indsatser med positiv evidens..... | 80 |
| 6.2.2 Indsatser med modstridende eller negativ evidens..... | 84 |
| 6.2.3 Indsatser med manglende evidens | 88 |
| 6.3 Metodiske begrænsninger..... | 92 |
| 6.3.1 Databaser og andre kilder til litteratur..... | 92 |
| 6.3.2 Indsatser og søgeord..... | 92 |
| 6.3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier | 93 |
| 6.3.4 Beskæftigelsesministeriets videnshierarki | 94 |
| 6.3.5 Øvrige begrænsninger | 95 |
| 6.3.6 Begrænsninger ved data fra Psykiatrifonden..... | 95 |
| 7. Konklusion og anbefalinger til videre forskning | 99 |
| 8. Referencer..... | 102 |

Forkortelser

| | |
|------|---|
| BM | Beskæftigelsesministeriet |
| FJ | Fuldt justeret model |
| FS | Færdigsøgt model |
| HR | Hazard ratio |
| IPS | Individuelt planlagt job med støtte |
| KAT | Kognitiv adfærdsterapi |
| OFRJ | Oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret (<i>variabelgruppe*</i>) |
| OIBS | Oplevet involvering og bekymringer og sagsforløb (<i>variabelgruppe*</i>) |
| OR | Odds ratio |
| RCT | Randomiseret kontrolleret forsøg |
| RR | Relativ risiko |
| RTW | Return to work |
| SODE | Sociodemografiske (<i>variabelgruppe*</i>) |
| STAR | Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering |
| TTA | Tilbage til arbejde |
| VI | Virksomhedsrettet indsats |
| VO | Vejledning og opkvalificering |

*Se tabel 7, s. 21.

1. Introduktion

Rode Larsen et al., 2017 har estimeret beskæftigelsesgraden blandt 16-64-årige danskere med og uden selvvalderet handicap. De vurderede, at omkring 80% af danskere uden handicap var i beskæftigelse, mens 60% med primært fysiske handicap var i beskæftigelse. Den laveste beskæftigelsesgrad på 30%, var blandt personer med psykiske lidelser, hvilket blev genfundet i en senere udgivelse (Rode Larsen & Larsen, 2018).

Høje ledighedsrater indebærer et produktionstab, og kan altså være belastende for samfundsøkonomien. Derfor har Danmark som andre OECD-lande en beskæftigelsesindsats, der består af en aktiv og en passiv del (Finansministeriet, 2018). Den passive del består af indkomstkomenserende ydelser ved ledighed, mens den aktive del består af beskæftigelsesrettede indsatser, udført af jobcentre eller a-kasser.

Økonomisk set er der store potentielle samfundsgevinster ved at få flere personer med psykiske lidelser i beskæftigelse. Danmark bruger nemlig tre gange så mange ressourcer på den aktive del som et gennemsnitligt OECD-land (ibid.), og samtidigt estimerer OECD, at dårligt psykisk helbred årligt koster 3,4% af Danmarks samlede BNP (OECD, 2013). Beskæftigelse kan muligvis også være gavnligt for helbred og livskvalitet, selvom der mangler viden om mulige kausale retninger (Sieling-Monas, 2018). WHO beskriver dog, at øget social status og indkomst kan medføre bedre helbred (*WHO | The determinants of health*, 2010), ligesom arbejdsevnen, og muligheden for at lære nye færdigheder, er et element i WHO's målinger af livskvalitet (*WHO | WHOQOL*, 2010). Der kan altså være tale om flere potentielle gevinster, hvis målgruppen faktisk er i stand til at blive aktiveret med den rette indsats.

Der findes kun få kvantitative effektstudier af beskæftigelsessystemer, som estimerer påvirkninger af helbred og livskvalitet. Både et norsk (Overland et al., 2008) og et finsk studie (Laaksonen et al., 2012) vurderede, at forløb i beskæftigelsessystemer kunne medføre negative, psykiske helbredspåvirkninger. Det norske studie undersøgte helbredsstatus blandt 1.087 nordmænd syv år før, og syv år efter tildelingen af førtidspension. De fandt en tendens til, at forværringer af det psykiske helbred accelererede op til tildelingen. Tilsvarende undersøgte det finske studie helbredspåvirkninger blandt 2.549 tidligere ansatte i Helsinki Kommune fem år før, og fem år efter tildeling af førtidspension. De fandt, at forbruget af psykofarmaka steg særligt meget for personer med psykisk sygdom op til tildelingen.

1.2 Aktive beskæftigelsesindsatser og psykisk sygdom

Siden 2009 har beskæftigelsesindsatsen været varetaget af kommunerne (Finansministeriet, 2018). Da Danmark har kommunalt selvstyre, er der forskelle på, hvordan de enkelte kommuner forvalter beskæftigelsesindsatsen. Derfor kan der også være kommunale variationer i, hvilke aktive indsatser, der tilbydes til personer med psykisk sygdom. I en ph.d.-afhandling fandt forfatteren, at 33 af de 98 danske kommuner havde fem eller færre tilbud til sygemeldte ledige. Andre kommuner rapporterede, at de i princippet ikke havde begrænsninger i mængden af tilbud (Sieling-Monas, 2018). Kommunerne forvalter dog beskæftigelsesindsatsen indenfor en række rammevilkår, som bl.a. er bestemt i Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, 2019).

Efter gennemgang af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings (STAR) hjemmeside, fandt jeg ikke tegn på, at beskæftigelsesindsatsen bliver målrettet særligt til ledige med psykisk sygdom. STAR beskriver overordnet, at der findes forskellige ”indsatser og ordninger på beskæftigelsesområdet”, hvoraf otte områder mere specifikt omtales som ”indsatser ved sygdom og nedslidning mv.” (STAR, 2020). Da der ikke skelnes mellem aktive og passive indsatser i STARs præsentation, har jeg opdelt de otte ordninger efter, hvad jeg vurderer som aktive eller passive indsatser i tabel 1.

Tabel 1

| Ordning | Aktive indsatser | Passive indsatser | Kommentar |
|---|---|---|--|
| Revalidering | Arbejdsprøvning, uddannelse, optræning hos private eller offentlige arbejdsgivere, eller hjælp til etablering af selvstændig virksomhed | Kontanthjælp, revalideringsydelse eller løntilskud | Tilbydes til personer med begrænsninger i arbejdsevnen |
| Rehabiliteringsteam | - | - | Behandler jobafklaringsforløb, ressourceforløb, fleksjob og førtidspension |
| Jobafklaringsforløb | Vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud og mentor | Ressourceforløbsydelse | Varetages af rehabiliteringsteams. Iværksættes når sygedagpengeperiode ikke kan forlænges |
| Ressourceforløb | Vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud og mentor | Ressourceforløbsydelse | Varetages af rehabiliteringsteam, og tilbydes ved risiko for førtidspension |
| Fleksjob | - | Fleksløntilskud | Tilbydes når beskæftigelse ikke kan fastholdes på normale vilkår |
| Seniorjob | Kommunen fastsætter indhold og omfang af jobbet indhold efter aftale med borgeren | Kommunen skal betale kompensation svarende til tidligere dagpengesats, hvis kommunen ikke ansætter borgeren efter senest to måneder | Tilbydes til ledige seniorer, som har opbrugt ret til dagpenge og opfylder en række øvrige kriterier |
| Sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra klinisk funktion | Sundhedsfaglig rådgivning fra region og praktiserende læge | - | Led i sager om jobafklaringsforløb, ressourceforløb, fleksjob og førtidspension |
| Sygedagpengeopfølgning | <u>Kategori 2:</u> Virksomhedsrettet indsats <u>Kategori 3:</u> Vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud, opfølgning | Sygedagpenge Løntilskud | Specifik indsats afhænger af visitation til kategori 2 eller 3 |

STAR omtaler altså forskellige aktive indsatser, der kan tilbydes til syge eller nedslidte personer. Indsatserne er dog ikke begrænset til personer med sygdom eller nedslidning. Flere aktive indsatser er nemlig generelle værktøjer, der anvendes overfor mange ledighedsgrupper (Bonflis, 2015).

I 2009 udarbejdede to beskæftigelsesregioner en rapport over mulige veje til beskæftigelse eller uddannelse for unge med psykiske lidelser (Beskæftigelsesregion Nordjylland og Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland, 2009). På baggrund af surveys i 24 jobcentre konkluderede forfatterne, at jobcentrene ofte brugte virksomhedspraktik samt vejledning og afklaring af faglige evner. Tilsvarende konkluderede Sieling-Monas 2018 på baggrund af surveys i 71 jobcentre, at omkring en fjerdedel af jobcentrene anvendte virksomhedsrettede indsatser overfor sygedagpengemodtagere. Derudover indeholdt to tredjedele af forløbene en form for genoptræning af arbejdsrelaterede kompetencer. Endeligt udgjorde samtaler med jobcenterpersonale og et fokus på tidlig igangsættelse, også en stor del af indsatserne (ibid).

Som det fremgår af tabel 1, kan jobafklarings- og ressourceforløb også tilbydes til ledige med sygdom. Efter gennemgang af 239 ressourceforløbssager konkluderede Deloitte, at mentorforløb var den mest anvendte indsatstype (33%), efterfulgt af kommunale sundhedsmæssige indsatser (22%) og virksomhedsrettede indsatser (21%) (Deloitte, 2017b). I en tilsvarende gennemgang af 254 jobafklaringsforløbssager, konkluderede de, at virksomhedspraktik (23%) var den mest udbredte indsats (Deloitte, 2017a). Derudover var mentorforløb (14%) og fysisk træning (14%) også udbredte (ibid.). Endeligt konkluderede Bonflis 2015 mere overordnet, at beskæftigelsesindsatsen ikke er anderledes for personer med psykisk sygdom, men at indsatserne tilbydes efter en individuel vurdering af den ledige. Personer med psykisk sygdom kan deraf tilbydes vejledning og opkvalificering, virksomhedsrettede indsatser eller mentorstøtte (ibid.).

2. Formål

Specialets overordnede formål beskrives i nedenstående problemformulering og to tilhørende arbejdsspørgsmål.

Hvordan påvirker et jobcenterforløb livskvalitet og helbred blandt personer med psykisk sygdom, sammenlignet med personer med fysisk sygdom, og er der forskel på varigheden af deres jobcenterforløb? Hvad er evidensgrundlaget bag de mest udbredte indsatstyper i den aktive beskæftigelsesindsats, specifikt eller tilnærmelsesvist for personer med psykisk sygdom?

1) Er der forskel på personer med fysisk og psykisk sygdom i et jobcenterforløb i forhold til varigheden af forløbet, samt oplevede påvirkninger af helbred og livskvalitet? Adskiller eventuelle forskelle sig afhængigt af, om man aktuelt er, eller tidligere har været tilknyttet et jobcenter?

2) Hvad er evidensgrundlaget bag de aktive beskæftigelsesindsatser, som ofte tilbydes til personer med psykisk sygdom? Er der evidens for, at nyere/eksperimentelle indsatstyper er særligt effektive til at tilknytte og fastholde personer med psykisk sygdom på arbejdsmarkedet?

3. Teori

Herunder præsenterer jeg den teoretiske forståelsesramme, som specialet blev gennemført under. Først beskriver jeg min tilgang til årsagssammenhænge med særligt henblik på specialets statistiske analyser. Derefter beskriver jeg, hvad jeg anser som væsentlige opmærksomhedspunkter i diskussionen af en beskæftigelsesindsats' effekt.

3.1 Sygdomstypen og effekter af jobcenterforløb

Jeg fandt ikke studier, som specifikt sammenlignede personer med psykisk eller fysisk sygdom i et jobcenterforløb. Derfor kunne jeg ikke indhente viden fra tidligere litteratur, som var direkte overførbart til specialets statistiske analyser. Selvom Rode Larsen & Larsen 2018 estimerede den laveste beskæftigelsesandsynlighed blandt personer med psykisk sygdom, var det ikke givet, at de tilsvarende havde de længste jobcenterforløb. Deres fund vidnede dog om, at varigheden af forløbet kunne være en interessant udfaldsvariabel. På samme måde vidnede fund fra Overland et al 2008 og Laaksonen et al 2012 om, at livskvalitets- og helbredsrelaterede udfaldsvariable var interessante. Hvorvidt, og hvordan, en særlig sygdomstype var associeret med udfaldsvariablene, blev dog anset som et fortolkningsspørgsmål, hvilket jeg uddyber herunder.

Ved fund af en statistisk signifikant association mellem sygdomstypen og hver udfaldsvariabel var det muligt, at den skyldtes confounding. Derfor indhentede jeg bl.a. tilnærmelsesvis sammenlignelig litteratur for at afgøre, hvilke variable der måtte justeres for i mine statistiske analyser. Det beskriver jeg nærmere i afsnit 4.7.2.1.

Udover potentiel confounding, måtte jeg også forholde mig til, hvordan sygdomstypen i et jobcenterforløb potentielt kunne være forbundet med varigheden samt helbred og livskvalitet. Til det formål var min teoretiske forståelse baseret på Rothmans model for multikausale netværk (Juul, 2013). "Kausal" henviser til, at der findes en bestemt retning i en årsagssammenhæng mellem faktorer. "Multi" henviser til, at årsagssammenhængen skyldes mere end én faktor. Et multikausalt netværk kan være tilstrækkeligt. Det betyder, at flere faktorer i samspil med hinanden medfører en bestemt effekt. En bestemt effekt kan dog opstå på baggrund af mere end ét tilstrækkeligt multikausalt netværk. Samtidigt kan bestemte faktorer være nødvendige for, at et multikausalt netværk er tilstrækkeligt. Det vil sige, at nogle enkeltstående faktorer indgår i alle multikausale netværk, som er tilstrækkelige til, at en bestemt effekt opstår (ibid.).

En væsentlig begrænsning var, at de anvendte data fandtes i tværsnitsformat. Derfor var der ikke en tidsmæssig adskillelse mellem "årsag/eksponering" og "effekt/udfald". Samtidigt var analyserne en enkeltstående undersøgelse, og derfor var det kun muligt at spekulere i retningerne af eventuelle årsagssammenhænge. Derfor omtalte jeg statistisk signifikante sammenhænge som "associationer". De krævede for det første fortolkninger af, om associationen kunne skyldes øvrige confoundere, som ikke var tilgængelige i data. For det andet, om sygdomstypen havde en effekt på udfaldet, eller om udfaldet havde en effekt på sygdomstypen. I den forbindelse blev de oprindelige spørgsmål, særligt om helbred og livskvalitet, formuleret på en hensigtsmæssig måde. Studiepopulationen blev nemlig spurgt, om jobcenterforløbet havde en effekt på helbred og livskvalitet, hvorfor selve formuleringen forsøgte at adskille eksponering fra udfald (se tabel 7, s. 21). Derfor var mit udgangspunkt for

fortolkningen af retninger i associationer, at sygdomstypen kunne have en effekt på udfaldene. Jeg forventede dog ikke, at sygdomstypen var en nødvendig faktor. Min formodning var nemlig, at udfaldsvariablene kunne påvirkes af andre tilstrækkelige, multikausale netværk, hvori sygdomstypen ikke indgik som en faktor. Til gengæld kunne sygdomstypen muligvis indgå i bestemte multikausale netværk, som var tilstrækkelige til, at der opstod en effekt på udfaldene. Personer med en given sygdomstype kunne f.eks. have deltaget i særlige jobcenteraktiviteter, der i kombination med særlige sygdomskaraktistika, øgede eller mindske varigheden af forløbet.

3.2 Beskæftigelseseffekter af en aktiv indsats

Herunder præsenterer jeg Rosholm & Svarer 2012s teoretiske beskrivelser af beskæftigelsesindsatsens effekter. Jeg beskriver, hvorfor jeg fravalgte en stringent brug af teoriapparatet, men i stedet supplerede det med andre væsentlige forhold særligt i diskussioner af aktive indsatsers effekter.

Ifølge Rosholm & Svarer 2012 kan kvantitative målinger af indsatsers beskæftigelseseffekter opdeles i indirekte og direkte effekter. Indirekte effekter kan yderligere opdeles i sorterings- og motivationseffekter, og direkte effekter kan opdeles i fastlåsnings- og programeffekter.

Sorteringseffekter henviser til, at selve beskæftigelsesindsatsens eksistens kan have en positiv effekt. Det kan skyldes, at nogle ledige vil fravælge indkomstkompenserende ydelser, fordi de ikke ønsker at deltage i aktive indsatser. Det kan også skyldes, at beskæftigelsesindsatsen skaber incitament til at fastholde et eksisterende arbejde (ibid.). Motivationseffekten er beslægtet med sorteringseffekten, og den opstår efter overgang til ledighed, men inden påbegyndt aktivering. Effekten består i, at udsigten til at deltage i indsatser kan motivere den ledige til at øge jobsøgningsaktiviteten. Fastlåsningsseffekten henviser til den negative effekt af, at deltagelse i en aktiv indsats typisk medfører nedgang i jobsøgningsaktiviteten i deltagelsesperioden. Programeffekten henviser til indsatsens positive eller negative effekt på sandsynligheden for at opnå beskæftigelse (ibid.).

Selvom en teoretisk opdeling af effekter var meningsfuld, bemærkede jeg særligt tre ting i min litteraturgennemgang. For det første estimerede størstedelen af studierne de direkte effekter af en indsats. Flere randomiserede kontrollerede forsøg (RCTs) estimerede effekten af en indsats på overgang til beskæftigelse sammenlignet med kontrolgrupper, som modtog ingen eller andre indsatser. Derfor var det oveni vanskeligt at opdele direkte effekter i fastlåsnings- og programeffekter, fordi effekterne oftest blev kvantificeret ved, om deltagerne opnåede beskæftigelse eller ej. For det andet indeholdt teoriapparatet ikke terminologi til belysning af indsatsers effekter på varig tilknytning til arbejdsmarkedet. For det tredje vurderede jeg, at der manglede terminologi om andre relevante forhold end indsatsernes teoretiske deleffekter.

Derfor supplerede jeg teoriapparatet med min egen opfattelse af andre betydningsfulde forhold omkring effektvurderinger af en indsats: Effektmål skulle optimalt kvantificere effekten af en tydeligt defineret indsats både på overgang til beskæftigelse, og på varighed af opnået beskæftigelse. Effektmålene skulle dertil suppleres med vurderinger af, hvem effekten gjaldt for, i forhold til hvad, og over hvilken tidshorizont.

4. Metode

I dette afsnit beskriver jeg min fremgangsmåde i litteratursøgningen og de statistiske analyser. Jeg præsenterer min tilgang til litteratursøgningen, og mine rationaler bag de valg, jeg traf undervejs (processen er illustreret i figur 1). Derefter præsenterer jeg min kontakt til Psykiatrifonden og specialets anvendte datasæt. Til sidst beskriver jeg mit design for de statistiske analyser.

4.1 Den ideelle besvarelse

Til besvarelsen af **arbejdsspørgsmål 1** havde jeg ideelt set gennemført et dobbelt-blindet RCT, fordi det er den gyldne standard til at teste effekter af interventioner (Kabisch et al., 2011). Jeg havde fokuseret på en tilfældig udvalgt population af personer med psykiske sygdomme, da det var målgruppen jeg ønskede at undersøge. Ved lodtrækning ville jeg fordele populationen til en interventionsgruppe, som gennemgik et jobcenterforløb, og en kontrolgruppe som ikke modtog en intervention. På den måde ville jeg have en tidsmæssig adskillelse af eksponering og udfald, og samtidig opnå en tilfældig fordeling af både observerbare og uobserverbare karakteristika ved studiepopulationen. Derudover skulle både jeg og studiepopulationen blindes. I praksis ville det dog ikke være muligt at blinde studiepopulationen for, om de deltog i en intervention eller ej. Det ville kun være muligt, hvis jeg sammenlignede et jobcenterforløb med en alternativ beskæftigelsesindsats.

Besvarelsen blev dog særlig baseret på tværsnitsdata leveret af Psykiatrifonden. Jeg analyserede forskelle mellem fysisk og psykisk sygdom, i et aktuelt eller tidligere jobcenterforløb, overfor udfaldene: **varighed af et forløb, forværringer af helbred, forværringer af livskvalitet, forbedringer af helbred og forværringer af helbred.**

Til besvarelsen af **arbejdsspørgsmål 2** ville litteraturgennemgangen ideelt have identificeret RCTs af samtlige aktive indsatser i beskæftigelsesindsatsen, som specifikt fokuserede på effekterne for personer med psykisk sygdom. De anvendte udfaldsmål skulle både relatere sig til mobilisering og varig tilknytning til arbejdsmarkedet, og der skulle være konsensus om anvendte tidshorisonter.

Besvarelsen blev baseret på en litteraturgennemgang af effektstudier om: **Vejledning og opkvalificering, Mentorstøtte, Virksomhedsrettede indsatser, Samtaler med sagsbehandlere, Tidlige indsatser, Arbejdspladsbaserede indsatser, Tværfaglige indsatser og Individuelt Planlagt job med Støtte.**

4.2 Overblikssøgning og dialog med fagpersoner

Processen startede med eksplorative søgninger og dialoger med vejledere, kollegaer mv. Mit formål var at få et indledende overblik over relevante videnskabelige databaser og eventuelle søgeord. Jeg ønskede også at få indblik i omfanget af effektstudier af jobcentre, og om studierne undersøgte forskelle mellem personer med fysisk og psykisk sygdom. Desuden ønskede jeg at få kendskab til indsatstyper i den aktive beskæftigelsesindsats, samt overblik over, hvilke indsatser der typisk tilbydes til personer med psykisk sygdom.

Jeg præsenterede mine idéer om relevante videnskabelige databaser og søgeord for begge mine vejledere. De supplerede med andre forslag, og vi diskuterede, hvordan jeg skulle håndtere, at der formentligt var meget ”grå litteratur” på området. Via e-mail kontaktede jeg også Cabiweb.dk, Jobeffekter.dk og Region Hovedstadens Psykiatri, men fik kun svar fra de to førstnævnte. Cabiweb.dk er en institution under Beskæftigelsesministeriet, som arbejder for et inkluderende arbejdsmarked. Jobeffekter.dk er en vidensbank i udvikling under STAR, som løbende samler viden om indsatser på beskæftigelsesområdet. Konsulenter fra Cabiweb.dk henviste mig i høj grad til VIVE.dk. En fuldmægtig fra STAR ville tilsende mig en liste over studier, de forventede at inkludere i deres endelige database. På trods af flere opfølgende e-mails, modtog jeg desværre ikke den liste.

Jeg var også i dialog med ansatte i Psykiatrifonden, der henviste mig til PsychINFO. De seneste par år var jeg desuden ansat i et konsulentfirma. Jeg havde kollegaer, som arbejdede med beskæftigelsesområdet, og spurgte dem til råds om, hvilke videnskabelige databaser de typisk anvendte. De henviste mig til Sociological Abstracts. Jeg afholdt også et møde med en specialist i litteratursøgninger på Københavns Universitetsbibliotek. Han anbefalede en tilgang med brede søgninger i PubMed, og at jeg anvendte søgeord som ”Supported Employment”.

Endeligt gennemførte jeg parallelle søgninger på BM.dk, STAR.dk, Google.dk mv. med brede søgeord som ”aktiv beskæftigelsesindsats”, ”fysisk og psykisk sygdom, beskæftigelse” mv. På den måde supplerede mine dialoger og overblikssøgninger kontinuerligt hinanden. Det medførte, at jeg kunne indsnævre mit fokus i de statistiske analyser, mit valg af databaser og søgeord, samt hvilke aktive indsatser jeg ville fokusere på.

4.3 Søgestrategi

Litteratursøgningen foregik både i videnskabelige databaser, og på hjemmesider med grå litteratur. I løbet af specialeprocessen supplerede jeg yderligere med et studie efter gennemgang af litteraturlister (Drews et al., 2007), og et notat ved opdagelsen af endnu en relevant faginstitution (Jacobi & Gahrn, 2019).

4.3.1 Videnskabelige Databaser

PubMed og **PsycINFO** giver overblik over international, sundhedsfaglig og psykologisk forskning. Databaserne blev valgt, fordi jeg særligt forventede at finde studier med viden om sygdomme. **Sociological Abstracts** samler derimod sociologisk og anden samfundsfaglig litteratur. Derfor forventede jeg særligt at finde relevante studier om beskæftigelsessystemer. Endeligt var rationalet bag **Web of Science** og **Scopus**, at begge databaser i højere grad er multidisciplinære. Derfor forventede jeg, at søgninger i databaserne kunne identificere relevante studier, som ikke fandtes i de andre databaser.

4.3.2 Andre litteraturkilder

Formodningen om, at studier med relevans for specialelets genstandsfelt i høj grad var afrapporteret i grå litteratur betød, at jeg foretog mange søgninger på forskellige hjemmesider. Det var hjemmesider som:

VIVE.dk, KL.dk, Regioner.dk, Psykiatri-regionh.dk, Jobeffekter.dk, Cabiweb.dk, NFA.dk, BM.dk, STAR.dk, REX, Google.scholar.com, ec.europa.eu, rockwoolfonden.dk, AU.dk, AAU.dk, handivid.dk, dch.dk, Deloitte.com

4.3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Udover valget af databaser, opstillede jeg følgende inklusions- og eksklusionskriterier (tabel 2).

Tabel 2

| Inklusionskriterier | Eksklusionskriterier |
|---|---|
| Arbejdsspørgsmål 1: studier med fokus på beskæftigelses-, livskvalitets-, eller helbredsmæssige forskelle mellem personer med fysisk og psykisk sygdom, gerne studier med relevans for jobcenterforløb | Effektstudier af indsatser for ledige, som ikke havde problemer udover ledighed |
| Arbejdsspørgsmål 2: studier med fokus på beskæftigelseseffekter af aktive indsatser for personer med psykisk sygdom | Cost-benefit-analyser |
| Studier af aktive beskæftigelsesindsatser | Studier af passive beskæftigelsesindsatser |
| Fortrinsvis studier, som blev gennemført efter jobcentrenes oprettelse i 2007 | Studier bag en betalingsmur |
| Fortrinsvist danske studier af høj kvalitet, som reviews og RCTs | Som udgangspunkt kvalitative studier, fordi jeg var interesseret i kvantitative effektvurderinger |

4.3.4 Søgeord

Jeg vurderede, at brugen af brede søgeord var den mest hensigtsmæssige tilgang til litteratursøgningen. I de indledende søgninger var tendensen nemlig, at jo mere jeg indsnævrede søgningerne, dets færre studier fandt jeg med relevante titler. Derfor anvendte jeg primært søgninger med få "AND"-specifikationer og foretog f.eks. søgninger via PubMeds "all fields"-funktion. På den måde søgte jeg ikke kun efter MeSH-termer, men også i studiers titler og abstracts. For at beholde en systematisk tilgang, kategoriserede jeg søgeordene efter, om de var relateret til populationen, indsatsen eller effekten.

4.3.5 Søgeproces

Litteratursøgningen forløb i flere trin, og foregik både på dansk og engelsk. Søgningerne blev gennemført ved at kombinere søgeord fra kategorierne: population, indsats, effekt. De bredeste søgninger indeholdt kombinationer af søgeord fra to kategorier (f.eks. population og indsats), mens de mest specifikke kombinerede søgeord fra hver kategori (population, indsats og effekt). Jeg anvendte primært "AND"-specifikationer mellem søgeord fra de forskellige kategorier (f.eks. population og indsats) og primært "OR"-specifikationer mellem søgeord inden for de samme kategorier (f.eks. indenfor effekt).

Først søgte jeg primært efter litteratur til arbejdsspørgsmål 1, og i tabel 3 fremgår de anvendte søgeord.

Tabel 3

| <i>Søgeord, arbejdsspørgsmål 1</i> | | |
|------------------------------------|------------|--|
| Dansksprogede søgninger | Population | Psykisk sygdom, psykiske lidelser, mentalt helbred, mentale lidelser, psykisk syg, psykiske helbredsudfordringer, mentale helbredsudfordringer, mentalt handicap, psykisk handicap, sygemeldt, psykiatrisk diagnose, psykisk og/eller fysisk sygdom, fysisk og/eller psykisk lidelse, fysisk og/eller psykisk handicap, somatisk og/eller psykisk sygdom |
| | Indsats | Jobcenter, jobcenterforløb, beskæftigelse, beskæftigelsesindsats, beskæftigelsessystem, aktivering, tilbage til arbejde, TTA |
| | Effekt | Varighed, tid, livskvalitet, velvære, velbefindende, helbred, syg, sygemeldt, sygemelding, forbedring, forværring, forskel, forskelle |
| Engelsksprogede søgninger | Population | Mental illness, mentally ill, mental disorder, common mental disorder, CMD, severe mental disorder, SMD, mental handicap, psychiatric diagnosis, physical and/or mental illness, physical disease and/or mentally ill, physical and/or mentally handicapped, somatic and/or mental disorder |
| | Indsats | Job center, job centre, employment system, labour market, labour market system, labour market affiliation, return to work, RTW (med og uden tilføjelser af ”Denmark”) |
| | Effekt | Duration, time, quality of life, well-being, health, sick, ill, sick leave, improvement, worsening, difference, different |

I næste trin guidede læsningen af kilder fra overblikssøgningen, hvilke aktive indsatser jeg ville undersøge. Jeg søgte først efter litteratur om VO, mentorstøtte, VI, samtaler med sagsbehandlere og sundhedsfaglige indsatser. Formuleringen af søgeordene blev bl.a. baseret på STARs definitioner af indsatserne, samt søgeord anvendt i foreløbigt fundne studier. Derefter anvendte jeg snowballing til at udvælge andre indsatstyper, der ofte blev omtalt i foreløbigt identificerede studier. Det drejede sig om efterfølgende søgninger på arbejdspladsbaserede og tværfaglige indsatser, samt tidlige indsatser og IPS. Jeg anvendte også snowballing til at gennemgå litteraturlister i de identificerede studier.

Af tabel 4 fremgår de søgeord jeg primært anvendte til at finde litteratur til arbejdsspørgsmål 2.

Tabel 4

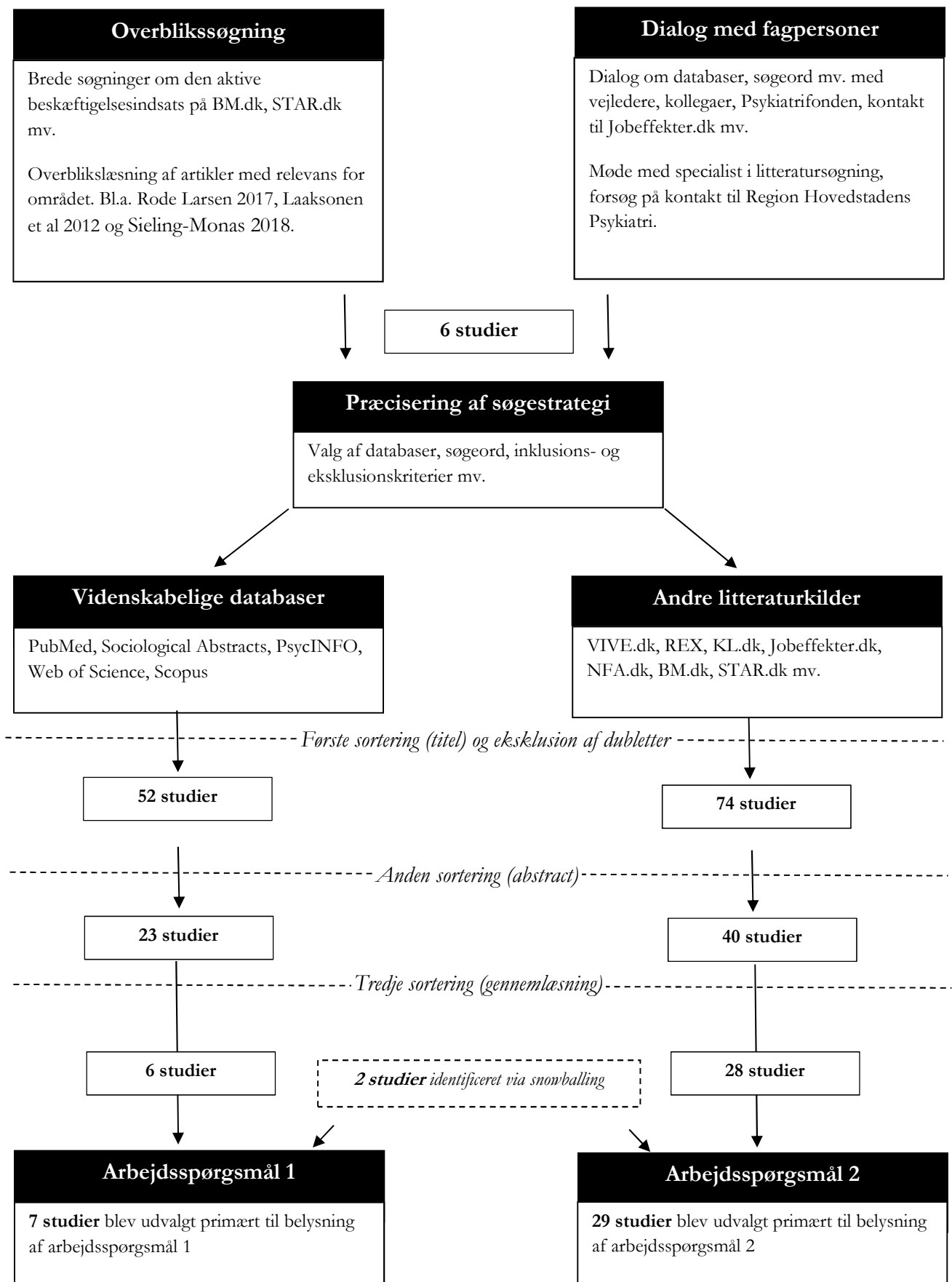
| <i>Søgeord, arbejdsspørgsmål 2</i> | | |
|------------------------------------|------------|--|
| Dansksprogede søgninger | Population | Psykisk sygdom, psykiske lidelser, mentalt helbred, mentale lidelser, psykisk syg, psykiske helbredsudfordringer, mentale helbredsudfordringer, mentalt handicap, psykisk handicap, sygemeldt, psykiatrisk diagnose |
| | Indsats | <p>Vejledning og opkvalificering (VO) Vejledning og opkvalificering, vejledning, opkvalificering, afklaring, særlige projekter, projekter, uddannelsesforløb, uddannelse til ledige, ordinær uddannelse, ordinære uddannelsesforløb</p> <p>Mentorstøtte Mentor, mentorstøtte, mentorordning, vejleder, kontaktperson, rådgiver, hjælper</p> <p>Virksomhedsrettede indsatser (VI) Virksomhedsrettet indsats, løntilskud, virksomhedspraktik, praktik, delvis ansættelse</p> <p>Samtaler med sagsbehandlere Samtaler med sagsbehandler, samtaler, jobrettede samtaler</p> <p>Sundhedsfaglige indsatser Sundhedsfaglige indsatser, sundhedsfaglig rådgivning, fysisk træning, mental træning, træning, terapi</p> |

| | | |
|---------------------------|------------|---|
| | | <p>Arbejdspladsbaserede indsatser Arbejdspladsbaserede indsatser, arbejdspladsorienteret, arbejdsplads, arbejdsgiver</p> <p>Tværfaglige indsatser Tværfaglige indsatser, tværfaglig, samarbejde, ressourceforløb, jobafklaringsforløb, rehabiliteringsteams</p> <p>Tidlige indsatser Tidlige indsatser, tidlig indsats, tidlig beskæftigelse, tidlig behandling, tidlig afklaring, hurtigt i arbejde</p> <p>IPS IPS, Individuelt planlagt job med støtte, støttet beskæftigelse</p> |
| | Effekt | Beskæftigelse, beskæftigelseseffekt, arbejde, tilbage til arbejde, job, varig ansættelse, varighed, uddannelse |
| Engelsksprogede søgninger | Population | Mental illness, mentally ill, psychiatric illness, mental disorder, common mental disorder, CMD, severe mental disorder, SMD, mental handicap, psychiatric diagnosis |
| | Indsats | <p>Søgningerne blev foretaget med og uden tilføjelser af ”Denmark”</p> <p>Non-formal education (VO) Non-formal education, counseling, clarification, project, education for non-employed</p> <p>Mentor (Mentor) Mentor, coach</p> <p>Job training (VI) Job training, internship, wage-subsidized job training</p> <p>Conversations (Samtaler med sagsbehandlere) Conversations with case manager, career guidance, counsellor</p> <p>Health related interventions (Sundhedsfaglige indsatser) Health related interventions, health related efforts, health related counselling, physical training, mental training, training, therapy</p> <p>Job related interventions (Arbejdspladsbaserede indsatser) Job related interventions, job contact, workplace, employer</p> <p>Interdisciplinary interventions (Tværfaglige indsatser) Interdisciplinary interventions, cooperation</p> <p>Early interventions (Tidlige indsatser) Early interventions, early RTW, early treatment, early</p> <p>IPS (IPS) IPS, individual placement and support, supported employment</p> |
| | Effekt | Employment, employment effect, work, RTW, job, employment duration, education |

4.4 Endeligt valg af kilder

Gennem tre sorteringer udvalgte jeg **36 studier** fra litteratursøgningen. I første sortering vurderede jeg relevansen af et studie ud fra titlen, i anden sortering ud fra studiets abstract, og endeligt ud fra en fuld gennemlæsning af studierne i tredje sortering (bøger blev dog kun delvist gennemlæst). Processen og de foreløbigt beskrevne trin er illustreret herunder i figur 1.

Figur 1



4.4.1 Vurdering af endelig litteratur

Ved gennemgangen af BM.dk fandt jeg Beskæftigelsesministeriets (BM) videnshierarki, som fremgår af tabel 5. Videnshierarkiet anvendes til at vurdere evidensgrundlaget for, om en indsats får ledige hurtigere tilbage i arbejde.

Tabel 5

| Beskæftigelsesministeriets videnshierarki | | |
|---|---------------------------|--|
| Overordnet vidensniveau | Detaljeret vidensniveau | Kriterier |
| Evidens | <i>Stærk evidens</i> | En overvægt på tre eller flere effektstudier med høj kvalitet og/eller ét forskningsbaseret review viser resultater, der går i samme retning |
| | <i>Moderat evidens</i> | En overvægt på to effektstudier af høj kvalitet viser resultater, der går i samme retning |
| Indikation | <i>Indikation</i> | En overvægt på ét effektstudie af høj kvalitet eller flere effektstudier med begrænset kvalitet viser resultater, der går i samme retning |
| Ingen viden | <i>Modstridende viden</i> | Studier viser resultater, der går i forskellig retning. Ingen overvægt |
| | <i>Usikker viden</i> | Ingen eller få studier med begrænset kvalitet viser resultater. Ingen overvægt. |

Kilde: Beskæftigelsesministeriet, 2020

Jeg anvendte selv BMs videnshierarki til at systematisere mine vurderinger af evidensniveauerne for de aktive beskæftigelsesindsatser (arbejdsspørgsmål 2). Før det var muligt, var det nødvendigt at foretage individuelle vurderinger af samtlige studier, hvilket også gjaldt de studier, jeg primært inddrog til arbejdsspørgsmål 1.

I BMs egen fremstilling af videnshierarkiet, var der kun kortfattede beskrivelser af, hvornår et studie anses som værende af høj kvalitet. Derfor tog jeg i stedet udgangspunkt i de vurderingspunkter British Medical Journal (BMJ) beskriver i deres anbefalinger til peer-reviewere. Jeg skelnede mellem vurderinger af primærstudier og reviews, og opstillede bedømmelsespunkterne, som fremgår af tabel 6. Efter en samlet vurdering af et studie kategoriserede jeg det ud fra, om det var af lav, lav-mellem, mellem-høj eller af høj kvalitet ud fra følgende kriterier:

Tabel 6

| <i>Vurderinger af primærstudiers kvalitet</i> | <i>Vurderinger af reviews kvalitet</i> |
|--|---|
| Var forskningsspørgsmålet klart defineret? | Var forskningsspørgsmålet klart defineret? |
| Var studiedesignet i stand til at besvare forskningsspørgsmålet? | Var litteratursøgningen grundig? Overvejelser om søgeord og databaser? |
| Var studiepopulationen beskrevet tilstrækkeligt? Karakteristika, inklusion og eksklusion, repræsentabel for den population de vil udtale sig om? | Forholdte de sig til den metodiske kvalitet af de enkelte studier? Hvilke typer studier blev medtaget? Hvilke populationer? |
| Var metoden tilstrækkeligt beskrevet? Var udfald beskrevet tydeligt? | Hvor følsomme var resultaterne til udførslen af reviewet? Inklusions- og eksklusionskriterier, der udelukkede studier med negative eller positive fund? |
| Blev forskningsspørgsmålet besvaret? | Blev forskningsspørgsmålet besvaret? |
| Var fortolkningen af data rimelig (confoundig og bias)? Diskussion mod tidligere litteratur? | Var resultaterne af de enkelte studier fortolket med sund fornuft? Rimelig konklusion ud fra præsenteret evidens? |

Kilder: BMJ, 2020; Greenhalgh, 1997

Bemærk BMs formulering af en ”overvægt” af et absolut antal studier i vurderingen af evidensniveauet (tabel 5). Formuleringen var uklar, og derfor blev mine egne vurderinger af en indsats foretaget efter en relativ vurdering af kvaliteten, og fordelingen af studier med fund af positive, ingen eller negative effekter. I vurderingerne vægtede et højkvalitets-review højere end et højkvalitets-RCT, et højkvalitets-RCT højere end et højkvalitets-kohortestudie og så videre.

For at vurdere, at der var ”evidens” for effekten af en indsats, skulle langt størstedelen af de inkluderede studier af mellem-høj kvalitet finde positive effekter. Kun få, eller ingen studier, måtte finde negative eller ingen effekter. Når jeg vurderede, at der var ”moderat evidens” tillod jeg en større andel af studier med ingen eller negative fund, end ved vurderingen af ”stærk evidens”. Desuden måtte ingen reviews have fundet negative effekter, for at vurdere ”stærk evidens”.

Jeg vurderede, at der var en ”indikation”, hvis jeg fandt flest studier med positive effekter, men en mindre (dog betydelig) andel af studier, med ingen eller negative effekter af en indsats. Studierne skulle være af sammenlignelig kvalitet. Jeg vurderede også, at der var en ”indikation”, hvis der var væsentlige afgrænsningsproblemer, men trods alt en overvægt af udvalgte studier med fund af positive effekter. Derudover vurderede jeg, at der var ”modstridende viden”, hvis jeg fandt omtrent lige mange studier af sammenlignelig kvalitet, som både fandt positive, ingen eller negative effekter af en indsats. Jeg vurderede, at der var ”usikker viden”, hvis der var få studier, eller hvis et studie ikke fulgte fastlagte principper for en indsats tilstrækkeligt, selv hvis det var af høj kvalitet. Endeligt skelnede jeg mellem evidens for hvem, hvad og hvor længe: særlige ledighedsgrupper eller specifikt for personer med psykisk sygdom? Overgang til beskæftigelse, varighed af opnået beskæftigelse? Hvilken tidshorisont?

4.5 Adgang til data

Datasættet blev stillet til rådighed af Psykiatrifonden. Efter flere møder blev min interesse fanget af data, de havde om ledige med sygdom i beskæftigelsessystemet. Jeg fik adgang til deres anvendte spørgeskema (bilag 1), og brugte det til at danne mig et overblik over mulige analyser. Jeg ønskede dog først at undersøge eksisterende litteratur på området. De overvejelser præsenterede jeg for Psykiatrifonden, som derefter gav mig adgang til data.

Data blev indsamlet ved brug af spørgeskemaer i SurveyXact, og studiepopulationen var medlemmer af enten 3F (N=687), FOA (N=3.604) eller DM (N=124). Studiepopulationen var enten aktuelt, eller havde tidligere været i et jobcenterforløb. Indsamlingen af besvarelserne blev administreret af fagforeningerne.

4.6 Datarensning

Data bestod først af fire separate datasæt: Ét af medlemmer af 3F, ét fra FOA og to fra DM. I datasættene var samtlige variable kodet forskelligt. Derfor gennemgik jeg hver variabel i de fire datasæt, og kodede dem ens inden sammenlægningen. Grundet tekniske problemer ved import af data til statistikprogrammet SPSS, tilføjede jeg variabel-labels manuelt ved brug af en kodebog. Derefter sorterede jeg data i aktuelle og tidligere jobcenterforløb, inden jeg samlede de fire datasæt til ét (N=4.415).

I tabel 7 fremgår en oversigt over de variable der indgik i de statistiske analyser. Spørgsmålene blev stillet i nutid til personer i aktuelle forløb og i datid til personer i tidligere forløb, hvorfor hver variabel fandtes i to versioner. Variable af særlig interesse er angivet med **fed**, imens øvrige variable angives med STORE bogstaver. Enkelte variable var kun tilgængelige i de aktuelle forløb, hvilket er angivet i parentes. Bemærk, at jeg redegør for opdelingen af variable i kategorierne ”sociodemografiske” (SODE), ”oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret” (OFRJ) og ”oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb” (OIBS) i afsnit 4.7.2.1.

Tabel 7

| Variabelnavn | Spørgsmål |
|--|---|
| Forklarende variabel | |
| Sygdomstype | Tænk tilbage til begyndelsen af dit sygdomsforløb. Var den sygdom, du blev diagnosticeret med, primært fysisk eller psykisk? |
| Udfaldsvariable | |
| Varighed | I hvor lang tid har du været ramt af sygdom og tilknyttet et jobcenter? |
| Forbedring af helbred | Sætter eller satte jobcenteret gang i aktiviteter, der forbedrede dit helbred? F.eks. møder, arbejdsprøvninger, praktikker etc. |
| Forværring af helbred | Sætter eller satte jobcenteret gang i aktiviteter, der forværrede dit helbred? |
| Forbedring af livskvalitet | Vurderer du, at din kontakt med jobcenteret øger/øgede eller forbedrer/forbedrede din livskvalitet? |
| Forværring af livskvalitet | Vurderer du, at din kontakt med jobcenteret belaster/belastede din livskvalitet? |
| Sociodemografiske (SODE) | |
| KØN | Hvad er dit køn? |
| REGION | Hvilken region bor du i? |
| UDDANNELSE | Hvad er din højeste gennemførte uddannelse? |
| ALDER | Hvor gammel er du? |
| YDELSE | Hvilken ydelse modtager du på nuværende tidspunkt? <i>(kun aktuelt forløb)</i> |
| Oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenter (OFRJ) | |
| FLERE TIMER | Jeg oplever eller oplevede et pres fra jobcenteret for at arbejde eller arbejde flere timer end jeg kan magte |
| SAGSBEHANDLER TILLID | Har eller havde din sagsbehandler tillid til, at du godt selv vidste, hvad der skulle til for at komme dig eller for at din sygdom ikke blev værre? |
| FÅ BEDRE | Er der eller var der en forventning fra jobcenteret om, at du hele tiden skulle få det bedre? |
| SE BORT | Så jobcenteret bort fra udtalelser fra din læge eller psykolog eller psykiater |
| KONTROL | Sørger jobcenteret for en sagsbehandling, hvor du føler dig i kontrol over dit eget liv og din fremtid? |
| YDMYGELSE | Har du oplevet at føle ydmygelse eller manglende værdighed i forbindelse med dit sagsforløb på jobcenteret? |
| Oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb (OIBS) | |
| KOMPETENT | Tænk på din nuværende sagsbehandler på jobcenteret: Er hun/han fagligt kompetent? <i>(kun aktuelt forløb)</i> |
| STØTTE | Tænk på din nuværende sagsbehandler på jobcenteret: Er hun/han en god hjælp og støtte for dig? <i>(kun aktuelt forløb)</i> |
| TRYG | Føler eller følte du dig tryk ved din sagsbehandling på jobcenteret? |
| INDDRAGET | Jeg bliver eller blev inddraget og havde reel medbestemmelse, når jeg var til møde om min sag på jobcenteret |
| UFORUDSIGELIGHED | Oplever eller oplevede du, at dit sagsforløb er præget af uforudsigelighed? |
| ØKONOMI | Har du eller havde du bekymringer om din økonomi? |
| BEKYMRINGER | Havde du bekymringer om din sag på jobcenteret? |
| UBEHAG | Oplever eller oplevede du fysisk eller psykisk ubehag, når du skal til møde på jobcenteret eller har telefoniske møder med jobcenteret? |

4.6.1 Inklusion og eksklusion

Der var tre inklusionskriterier som skulle opfyldes, før en deltager indgik i de statistiske analyser. Deltageren skulle enten tidligere eller aktuelt være tilknyttet et jobcenter, hvorfor 2.715 blev ekskluderet. Derudover skulle deltageren aktuelt eller tidligere være ramt af sygdom, hvorfor 278 blev ekskluderet. Endeligt skulle deltageren have angivet sin **sygdomstype**, hvorfor 256 blev ekskluderet. Selvom jeg fokuserede på forskelle mellem fysisk og psykisk sygdom, ekskluderede jeg ikke personer med både fysisk og psykisk sygdom af et eksplorativt hensyn.

Samtlige variable blev desuden inspiceret via frekvenstabeller eller histogrammer. Både for at afgøre om enkelte deltagers værdier adskilte sig væsentligt fra andres, og om særlige svarmuligheder havde et lavt antal observationer. Det førte til eksklusion af 8, der ikke havde lyst til at angive deres KØN, 8 der havde svaret ”ved ikke” eller ”andet” til UDDANNELSE, 5 der modtog enten en REVALIDERINGSYDELSE eller UDDANNELSESHJÆLP, 11 der angav ”ved ikke” til variablene TRYK eller ØKONOMI, samt 7 som svarede ”slet ikke” eller ”ved ikke” til variablene BEKYMRINGER og UBEHAG. Det førte til en endelig studiepopulation på N=1.127.

4.6.2 Opdeling i aktuelt og tidligere forløb

Den endelige studiepopulation blev inddelt efter, om de tidligere havde været i jobcenterforløb (N=290), eller om de aktuelt var i et jobcenterforløb (N=837). Der lå følgende overvejelser bag opdelingen:

Flere cases i de tidligere forløb var tilknyttet et jobcenter for mere end to år siden. Derfor minimerede opdelingen risikoen for recall-bias i de aktuelle forløb. Samtidigt tillod det mig at analysere langvarige effekter i de tidligere forløb. Desuden konkluderede Mehlsen 2019, at flere borgere med langvarig tilknytning til Jobcenter København var blevet mere tilfredse med jobcenteret med tiden. Derfor kunne den generelle oplevelse af jobcentre have ændret sig over tid.

Derudover beskrev udfaldsvariablen **varighed** noget forskelligt for de to grupper. I de aktuelle forløb beskrev variabelen varigheden af igangværende forløb, mens variabelen beskrev et afsluttet forløb i de tidligere forløb. Endeligt var der forskellige fordelinger på udfaldsvariablene, hvilket jeg beskriver i afsnit 5.1. Det antydede igen, at der kunne være forskelle mellem de aktuelle og tidligere forløb. Det kunne både skyldes, at der reelt var forskel på forløbene, men det kunne også være udtryk for tilfældig variation, da de tidligere forløb havde et lavt antal cases (N=290 mod N=837).

En ulempe ved opdelingen var, at der var lavere statistisk styrke i analyserne særligt for de tidligere forløb. En anden ulempe var at antallet af tests steg. Når antallet af statistiske tests stiger, stiger sandsynligheden for at finde signifikante associationer (Goldman, 2008). På den måde øges risikoen for at forkaste sande nulhypoteser (type 1 fejl) (Kreiner, 2018, s. 266).

4.7 Analysestrategi

Selvom jeg foretog mange tests, anvendte jeg et signifikansniveau på 5% i samtlige statistiske analyser. De aktuelle og tidligere forløb blev analyseret separat, men variablene omtales med de samme forkortelser (tabel 7).

4.7.1 Test af marginale associationer

For at afgøre om **sygdomstypen** var korreleret med udfaldene, foretog jeg χ^2 -tests. Testet forudsætter, at der er to variable på mindst nominalskalaniveau, og at de enkelte observationer er indbyrdes uafhængige (Kreiner, 2018, s. 246). I data var **sygdomstypen** målt på nominalskalaniveau (fysisk sygdom, psykisk sygdom eller begge), mens de øvrige variable blev målt på ordinale skalaer (f.eks. slet ikke, i lav grad, ved ikke, i nogen grad eller i høj grad). Jeg antog, at observationerne var uafhængige.

χ^2 beregnes ved (Kreiner, 2018, s. 252):

$$\chi^2 = \sum \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Hvor:

n_{ij} = antal observationer i i'te række og j'te søjle i en tovejstabel

e_{ij} = forventede antal observationer i i'te række og j'te søjle i en tovejstabel

$n_{ij} - e_{ij}$ = forskellen mellem det observerede og forventede antal observationer (residualer)

Testet følger en χ^2 -fordeling med et tilhørende antal frihedsgrader. Herfra bestemmes en p-værdi for at afgøre, om testet er statistisk signifikant (Kreiner, 2018, s. 253–254). Bemærk, at ”signifikant” herfra henviser til ”statistisk signifikant”.

Ved fund af signifikante χ^2 -teststørrelser blev korrelationen analyseret ved brug af logistiske regressionsmodeller.

4.7.2 Brug af logistisk regression

Jeg anvendte logistisk regression, da samtlige udfald var ordinale, kategoriske variable. Derfor kunne lineær regression f.eks. ikke anvendes, da det ville forudsætte et kontinuert udfald. Ved fund af en signifikant korrelation i χ^2 -testene blev udfaldsvariablen dikotomiseret af hensyn til de logistiske regressioners modelkrav (Kreiner, 2018, s. 412).

En logistisk regressionsmodel beskriver, hvordan en binær udfaldsvariabel afhænger af forklarende variable. Modelantagelserne er, at observationerne er indbyrdes uafhængige, at der er linearitet mellem kontinuerte forklarende variable og udfaldet på logit-skalaen, samt at der ikke er multikollinearitet (Lani, 2019).

Rent matematisk anvender modellen logitværdier, som kan omregnes til odds-ratioer (OR) (Kreiner, 2018, s. 416):

$$OR = e^{\sum \beta_i X_i}$$

Hvor:

X = dummy variabel eller skalaværdi

β = logit-forskellen

Fysisk sygdom var reference i modellerne, hvorved de antog β -værdien 0. Derfor kunne OR mellem personer med fysisk og psykisk sygdom, overfor et givent udfald, beregnes ved:

$$OR = e^{\beta_{fysisk\ sygdom} \pm \beta_{psykisk\ sygdom}}$$

Hvor OR var justeret for de øvrige forklarende variable, som blev inkluderet i modellerne. Til beregningerne fulgte også udregningen af 95% konfidensintervaller for OR-estimerne, ved brug af β -værdierne og deres tilhørende standardfejl (SE) (Kreiner, 2018, s. 345):

$$95\% CI = e^{\beta \pm 1,96 * SE}$$

Endeligt blev Wald-tests anvendt til at beregne p-værdier for β -parametrene. Testet har tilnærmelsesvist en fordeling som en standardiseret normalfordeling, hvorfor en tilhørende p-værdi kunne beregnes. Testet er givet ved (Kreiner, 2018, s. 431):

$$Z = \frac{\beta_b - \beta_a}{SE}$$

Hvor:

$\beta_b - \beta_a$ = forskellen mellem logit-estimatet og estimatet givet at nulhypotesen er sand

4.7.2.1 Modelkonstruktion

De logistiske regressionsmodeller kunne konstrueres på flere måder. Én mulighed var at konstruere samlede modeller, hvor eventuelle associationer mellem **sygdomstypen** og de uafhængige variable, blev justeret for alle andre tilgængelige variable. Den tilgang ville medføre lav statistisk styrke, fordi data ville blive overstratificeret.

De inkluderede variable blev derfor opdelt i kategorierne sociodemografiske (SODE), oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret (OFRJ) og oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb (OIBS) (se tabel 7). I konstruktionen af modellerne blev associationer mellem **sygdomstypen**, og hver af de afhængige variable, skiftevis justeret for hver variabelkategori. På den måde blev data i mindre grad stratificeret, hvilket gav større statistisk styrke.

Særligt for de tidligere forløb, var der dog stadig en risiko for at overstratificere data. Derfor gennemførte jeg tests for potentiel confounding for at afgøre, hvilke variable der måtte justeres for i de tidligere forløb.

4.7.2.1.1 Tests for potentiel confounding i tidligere forløb

Kriterierne for at en variabel anses som en confounder er, at den både er associeret med den forklarende variabel og udfaldet, samt at den ikke er en mediator (Jager et al., 2008). Da data var i tværsnitsformat, testede jeg ikke, om der var tale om en mediator. I stedet anvendte jeg korrelationstests til at teste, om variable var korreleret med **sygdomstypen** og udfaldsvariablene. Hvis en variabel viste en signifikant association i analyserne af de aktuelle forløb, blev den dog også inkluderet i analyserne af de tidligere forløb i en tilsvarende version.

4.7.2.1.2 Baglæns modelsøgning

SODE, OFRJ og OIBS-variablene blev delvist inkluderet på baggrund af foreliggende litteratur. Det vender jeg tilbage til i afsnit 4.7.2.1.4. Efter litteratursøgningen vurderede jeg, at litteraturgrundlaget var for småt til udelukkende at justere for variable på baggrund af tidligere studier. Derfor anvendte jeg også en trinvis modelsøgning. Jeg valgte baglæns modelsøgning, hvor alle forklarende variable fra den tilhørende variabelgruppe indledningsvist blev inkluderet. Metoden var at foretrække frem for forlæns modelsøgning, hvor man er mere tilbøjelig til at overse associationer i de tilfælde, hvor én variabels effekt er afhængig af en andens (Field, 2013, s. 323).

Den baglæns modelsøgning foregik efter følgende trin.

Trin 1: En simpel logistisk regressionsmodel med inklusion af alle variable. Derefter blev den mest insignifikante variabel fjernet én ad gangen baseret på p-værdien for Wald-testet, indtil der kun var signifikante variable i modellen.

Trin 2: Linearitetstjek af kontinuert variabel. Kvadratiske og kubiske versioner af den kontinuerte variabel blev indført i modellen efter trin 1 (ALDER var den eneste kontinuerte variabel). Derefter blev den mest insignifikante variabel fjernet én ad gangen baseret på p-værdien for Wald-testet. Den kubiske version blev fjernet før den kvadratiske osv.

Trin 3: Inklusion af interaktioner. Jeg indførte tovejsinteraktioner mellem **sygdomstype** og hver af de tilbageværende variable fra trin 1 og 2. Dernæst fulgte jeg samme eksklusionsprincip, indtil der kun var signifikante variable tilbage i den endelige model. Modelsøgningen blev baseret på et hierarkisk princip om, at en variabel ikke blev fjernet, så længe den indgik i en interaktion (Kreiner, 2018, s. 489).

4.7.2.1.3 Test af modellens kvalitet

Efter trin 3 blev de færdigsøgte modellens kvalitet testet mod de indledende modeller fra trin 1. Til det formål anvendte jeg log-likelihood-ratio tests. Testet forudsætter at observationerne er uafhængige, at der er tale om det samme antal observationer, samt at modellerne er variationer af hinanden (Kreiner, 2018, s. 254–255). Ved at beregne en likelihoodværdi for hver af modellerne, kan testet beregne, om den ene model er signifikant bedre til at beskrive associationer i data end den anden. Testet er tilnærmelsesvist χ^2 -fordelt med et givent antal frihedsgrader, og beregnes ved (Kreiner, 2018, s. 255):

$$G^2 = -2 * \ln \frac{L_0}{L_1}$$

Hvor L_0 er likelihood-værdien for den indledende model og L_1 er likelihood-værdien for den endelige model. Af tekniske årsager blev log-likelihood-ratioen beregnet som forskellen mellem likelihoodværdierne i modellen, da formlen kunne omskrives til:

$$G^2 = -2 * (\ln(L_1) - \ln(L_0))$$

4.7.2.1.4 Sammenlignelig litteratur og justering

Jeg fandt ikke andre studier, som sammenlignede personer med fysisk og psykisk sygdom i et jobcenterforløb. Derfor foretog jeg indirekte sammenligninger med studier, der tilnærmelsesvis havde relevans for specialets genstandsfelt. De studier dannede som sagt også udgangspunkt for, hvilke variabelgrupper jeg justerede for i de logistiske regressionsmodeller.

Rode Larsen & Larsen 2018 undersøgte, om der var forskellige prædiktorer for beskæftigelsessandsynligheden blandt personer med enten fysiske handicap eller psykiske lidelser (Rode Larsen & Larsen, 2018). Studiet fandt, at begge gruppers beskæftigelsessandsynlighed kunne prædikeret af bl.a. sociale og demografiske variable. Derfor justerede jeg for ”sociodemografiske” variable (SODE) overfor for udfaldet **varighed**.

Et andet studie undersøgte sagsbehandlerrelaterede forholds betydning for, om ledige kom i beskæftigelse (Amilon & Andersen, 2019). Forfatterne fandt effekter af forhold omkring sagsbehandleren og relationen til den ledige. Derfor justerede jeg yderligere for de to variabelkategorier ”oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret” (OFRJ) og ”oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb” (OIBS) overfor udfaldet **varighed**.

Litteraturen omkring beskæftigelsessystemets påvirkning af helbred og livskvalitet var væsentlig mere sparsom. Jeg fandt ikke yderligere litteratur end de tidligere præsenterede studier af Laaksonen et al 2012 og Overland et al 2008. Begge studier vurderede, at forløb i beskæftigelsessystemet havde en effekt på det mentale helbred. De undersøgte dog ikke, hvad disse fund kunne skyldes, og derfor var inklusionen af de tre variabelkategorier over for udfald omkring **påvirkning af helbred og livskvalitet** baseret på en mere eksplorativ tilgang.

Jeg tilføjede til gengæld **varighed** til SODE-variablene, da et studie vurderede, at jo længere den enkelte havde været ledig, desto dårligere følte de sig behandlet i jobcenteret (Mehlsen, 2019).

5. Resultater

I dette afsnit præsenterer jeg fordelingerne af de endelige data, som indgik i de statistiske analyser. Derefter præsenterer jeg udførelsen og resultaterne af de statistiske tests. Efterfølgende gennemgår jeg de studier jeg inkluderede i litteraturgennemgangen af den aktive beskæftigelsesindsats.

5.1 Endelige data

De endelige data fremgår af nedenstående tabel 8 og figur 2. De primære interessevariable præsenteres øverst og derunder SODE, OFRJ og OIBS-variablene. SODE stod for ”sociodemografiske”, OFRJ for ”oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret” og OIBS for ”oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb”. For de variable, som kun var tilgængelige i de aktuelle forløb, er der ikke præsenteret data under de tidligere forløb. I tabellen er udfaldsvariable præsenteret binært, fordi de blev omkodet efter de marginale tests. Variablen **varighed** blev opdelt i over eller under ét år, da Danmarks Statistik definerer langtidsledighed som ledighed i over ét år (C. Nielsen, 2020). De øvrige udfaldsvariable blev opdelt i ”slet ikke eller i lav grad” eller ”i nogen eller høj grad”.

Tabel 8

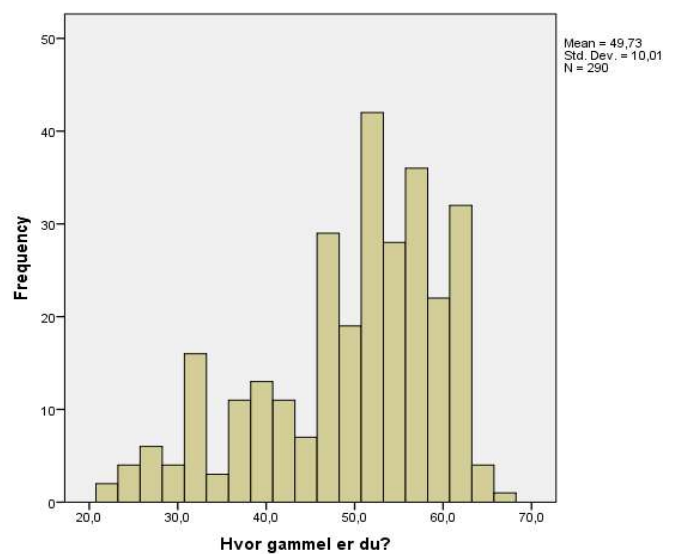
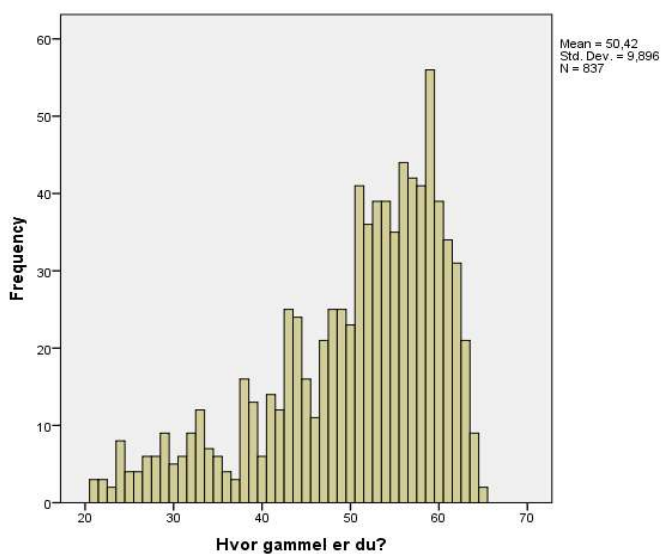
| Variable | Aktuelt forløb (N=837) | | Tidligere forløb (N=290) | |
|--|------------------------|------|--------------------------|------|
| | Frekvens (n) | % | Frekvens (n) | % |
| Sygdomstype | | | | |
| Fysisk | 421 | 50,3 | 113 | 39,0 |
| Psykisk | 234 | 28,0 | 146 | 50,3 |
| Både fysisk og psykisk | 182 | 21,7 | 31 | 10,7 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Valid total | 837 | 86,8 | 290 | 69,2 |
| Varighed af jobcenterforløb | | | | |
| Under ét år | 302 | 41,9 | 246 | 85,7 |
| Over ét år | 419 | 58,1 | 41 | 14,3 |
| Missing | 116 | 13,9 | 0 | 0 |
| Valid total | 721 | 86,1 | 290 | 100 |
| Jobcenteraktivitetens forbedring af helbred | | | | |
| Slet ikke eller i lav grad | 452 | 56,9 | 164 | 59 |
| I nogen eller høj grad | 342 | 43,1 | 114 | 41 |
| Missing | 43 | 5,1 | 12 | 4,1 |
| Valid total | 794 | 94,9 | 278 | 95,9 |
| Jobcenteraktivitetens forværring af helbred | | | | |
| Slet ikke eller i lav grad | 385 | 48,9 | 206 | 72,5 |
| I nogen eller høj grad | 403 | 51,1 | 78 | 27,5 |
| Missing | 49 | 5,9 | 6 | 2,1 |
| Valid total | 788 | 94,1 | 284 | 71,4 |
| Jobcenters forbedring af livskvalitet | | | | |
| Slet ikke eller i lav grad | 619 | 83,4 | 189 | 75,3 |
| I nogen eller høj grad | 123 | 16,6 | 62 | 21,4 |
| Missing | 95 | 11,4 | 39 | 13,4 |
| Valid total | 742 | 88,6 | 251 | 86,6 |
| Jobcenters forværring af livskvalitet | | | | |
| Slet ikke eller i lav grad | 213 | 26,9 | 147 | 54,4 |
| I nogen eller høj grad | 579 | 73,1 | 123 | 45,6 |
| Missing | 45 | 5,4 | 20 | 6,9 |

| Valid total | | 792 | 94,6 | 270 | 93,1 |
|--|--|------------------------|------|--------------------------|------|
| Variable | | Aktuelt forløb (N=837) | | Tidligere forløb (N=290) | |
| | | Frekvens (n) | % | Frekvens (n) | % |
| Sociodemografiske (SODE) | KØN | | | | |
| | Mand | 227 | 27 | 70 | 24,2 |
| | Kvinde | 606 | 73 | 219 | 75,8 |
| | Missing | 7 | 0,9 | 1 | 0,3 |
| | Valid total | 830 | 99,1 | 289 | 99,7 |
| | REGION | | | | |
| | Hovedstaden | 192 | 22,9 | 68 | 23,4 |
| | Sjælland | 109 | 13,1 | 35 | 12,1 |
| | Syddanmark | 196 | 23,4 | 78 | 26,9 |
| | Midtjylland | 214 | 25,6 | 65 | 22,4 |
| | Nordjylland | 125 | 14,9 | 44 | 15,2 |
| | Missing | 1 | 0,1 | 0 | 0 |
| | Valid total | 836 | 99,9 | 290 | 100 |
| | UDDANNELSE (UDD) | | | | |
| | Grundskole | 138 | 16,5 | 23 | 8,1 |
| | Erhvervsfaglig | 420 | 50,3 | 165 | 58 |
| | Gymnasial | 41 | 5,0 | 14 | 4,9 |
| | Kort videregående | 70 | 8,4 | 29 | 10,1 |
| | Mellem videregående | 93 | 11,1 | 37 | 13 |
| | Lang videregående | 43 | 5,1 | 17 | 5,9 |
| | Andet | 30 | 3,6 | - | - |
| | Missing | 2 | 0,2 | 5 | 1,7 |
| | Valid total | 835 | 99,7 | 285 | 98,3 |
| | ALDER | se figur 2 | | se figur 2 | |
| | YDELSE | | | | |
| | Sygedagpenge | 226 | 27,1 | - | - |
| | Ingen ydelse | 47 | 5,6 | - | - |
| | Kontanthjælp | 38 | 4,5 | - | - |
| | Ressourceforløbsydelse (jobafklaring) | 214 | 25,7 | - | - |
| | Ressourceforløbsydelse (ressourceforløb) | 110 | 13,3 | - | - |
| | Ledighedsydelse | 67 | 8,1 | - | - |
| Andet | 111 | 13,3 | - | - | |
| Ved ikke | 19 | 2,4 | - | - | |
| Missing | 5 | 0,5 | - | - | |
| Valid total | 832 | 99,4 | - | - | |
| Oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenter (OFR) | FLERE TIMER | | | | |
| | Meget uenig | 86 | 10,3 | 65 | 22,4 |
| | Uenig | 194 | 23,2 | 91 | 31,4 |
| | Enig | 223 | 26,6 | 63 | 21,7 |
| | Meget enig | 251 | 30 | 59 | 20,3 |
| | Ved ikke | 83 | 9,9 | 12 | 4,1 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| | SAGSBEHANDLER TILLID | | | | |
| | Slet ikke | 125 | 14,9 | 27 | 9,3 |
| | I lav grad | 176 | 21 | 53 | 18,3 |
| | I nogen grad | 281 | 33,6 | 105 | 36,2 |
| | I høj grad | 141 | 16,8 | 96 | 33,1 |
| | Ved ikke | 114 | 13,6 | 9 | 3,1 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| | FÅ BEDRE | | | | |
| | Slet ikke | 103 | 12,3 | 54 | 18,6 |
| | I lav grad | 90 | 10,8 | 33 | 11,4 |
| | I nogen grad | 272 | 32,5 | 90 | 31,0 |
| | I høj grad | 286 | 34,2 | 99 | 34,1 |

| | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------|------|---------------------------------|------|
| | Ved ikke | 86 | 10,3 | 14 | 4,8 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| | Variable | Aktuelt forløb (N=837) | | Tidligere forløb (N=290) | |
| | | Frekvens (n) | % | Frekvens (n) | % |
| | SE BORT | | | | |
| | Slet ikke | 226 | 27 | 134 | 46,2 |
| | I lav grad | 97 | 11,6 | 30 | 10,3 |
| | I nogen grad | 209 | 25 | 55 | 19 |
| | I høj grad | 172 | 20,5 | 35 | 12,1 |
| | Ved ikke | 133 | 15,9 | 36 | 12,4 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| | KONTROL | | | | |
| | Slet ikke | 265 | 31,7 | 54 | 18,6 |
| | I lav grad | 203 | 24,4 | 65 | 22,4 |
| | I nogen grad | 196 | 23,4 | 85 | 29,3 |
| | I høj grad | 93 | 11,1 | 73 | 25,2 |
| | Ved ikke | 80 | 9,6 | 13 | 4,5 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| | YDMYGELSE | | | | |
| | Slet ikke | 39 | 4,7 | 139 | 47,9 |
| | I lav grad | 195 | 23,3 | 30 | 10,3 |
| | I nogen grad | 197 | 23,5 | 63 | 21,7 |
| | I høj grad | 281 | 33,6 | 48 | 16,6 |
| | Ved ikke | 125 | 14,9 | 11 | 3,4 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| Oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb (OIBS) | KOMPETENT | | | | |
| | Slet ikke | 158 | 18,9 | - | - |
| | I lav grad | 232 | 27,7 | - | - |
| | I nogen grad | 159 | 19 | - | - |
| | I høj grad | 185 | 22,1 | - | - |
| | Ved ikke | 103 | 12,3 | - | - |
| | Missing | 0 | 0 | - | - |
| | Valid total | 837 | 100 | - | - |
| | STØTTE | | | | |
| | Slet ikke | 152 | 18,2 | - | - |
| | I lav grad | 285 | 34,1 | - | - |
| | I nogen grad | 73 | 8,7 | - | - |
| | I høj grad | 202 | 24,1 | - | - |
| | Ved ikke | 125 | 14,9 | - | - |
| | Missing | 0 | 0 | - | - |
| | Valid total | 837 | 100 | - | - |
| | TRYG | | | | |
| | Slet ikke | 169 | 20,2 | 37 | 12,9 |
| | I lav grad | 218 | 26 | 57 | 19,9 |
| | I nogen grad | 301 | 36 | 110 | 38,5 |
| | I høj grad | 130 | 15,5 | 82 | 28,7 |
| | Ved ikke | 19 | 2,3 | - | - |
| | Missing | 0 | 0 | 4 | 1,4 |
| | Valid total | 837 | 100 | 286 | 98,6 |
| | INDDRAGET | | | | |
| | Meget uenig | 130 | 15,5 | 29 | 10 |
| | Uenig | 252 | 30,1 | 64 | 22,1 |
| | Enig | 311 | 37,2 | 121 | 41,7 |
| | Meget enig | 80 | 9,6 | 57 | 19,7 |
| | Ved ikke | 64 | 7,6 | 19 | 6,6 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| | UFORUDSIGELIGHED | | | | |

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------|------|---------------------------------|------|
| Slet ikke | 100 | 11,9 | 112 | 38,6 |
| I lav grad | 91 | 10,9 | 44 | 15,2 |
| I nogen grad | 219 | 26,2 | 65 | 22,4 |
| I høj grad | 329 | 39,3 | 46 | 15,9 |
| Ved ikke | 98 | 11,7 | 23 | 7,9 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Valid total | 837 | 100 | 290 | 100 |
| Variable | Aktuelt forløb (N=837) | | Tidligere forløb (N=290) | |
| | Frekvens (n) | % | Frekvens (n) | % |
| ØKONOMI | | | | |
| Slet ikke | 96 | 11,5 | 107 | 37,4 |
| I lav grad | 74 | 8,8 | 41 | 14,3 |
| I nogen grad | 172 | 20,5 | 50 | 17,5 |
| I høj grad | 482 | 57,6 | 88 | 30,8 |
| Ved ikke | 13 | 1,6 | - | - |
| Missing | 0 | 0 | 4 | 1,4 |
| Valid total | 837 | 100 | 286 | 98,6 |
| BEKYMRINGER | | | | |
| Slet ikke | 48 | 5,7 | - | - |
| I lav grad | 162 | 19,4 | 82 | 28,8 |
| I nogen grad | 27 | 3,2 | 41 | 14,4 |
| I høj grad | 532 | 63,6 | 112 | 39 |
| Ved ikke | 68 | 8,1 | 51 | 17,8 |
| Missing | 0 | 0 | 4 | 1,4 |
| Valid total | 837 | 100 | 286 | 98,6 |
| UBEHAG | | | | |
| Slet ikke | 122 | 14,6 | 92 | 31,8 |
| I lav grad | 104 | 12,4 | 38 | 13,1 |
| I nogen grad | 226 | 27 | 80 | 27,7 |
| I høj grad | 376 | 44,9 | 79 | 27,4 |
| Ved ikke | 9 | 1,1 | - | - |
| Missing | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| Valid total | 837 | 100 | 289 | 99,7 |

Figur 2 aktuelt (t.v.) og tidligere (t.h.) forløb



Andelen af personer med psykisk sygdom var større i de tidligere (50,3%) end i de aktuelle forløb (28%), og andelen af langtidsledige var væsentligt større blandt de aktuelle forløb (58,1% mod 14,3%). Fordelingen af personer, der havde oplevet en **helbredsforbedring**, var sammenlignelig i de tidligere og aktuelle forløb (41% og 43,1%), men flere oplevede en **forbedring af livskvaliteten** i de tidligere forløb (21,4% og 16,6%). Endeligt oplevede færre i de tidligere forløb en **helbredsforværring** (27,5% mod 51,1%) og færre oplevede en **forværring af livskvalitet** (45,6% mod 73,1%).

Jeg forholder mig til datas eksterne validitet i afsnit 6.3.6.2.

5.2 Resultater af marginale analyser

Resultaterne af de marginale χ^2 -tests fremgår af tabel 9. I otte ud af ti tests fandt jeg signifikante korrelationer, men insignifikante korrelationer i to tests (se markering med **fed**).

Tabel 9

| <i>Marginale analyser</i> | | <i>Variighed</i> | <i>Forbedring af helbred</i> | <i>Forværring af helbred</i> | <i>Forbedring af livskvalitet</i> | <i>Forværring af livskvalitet</i> |
|---------------------------|-------------|---|---|--|--|--|
| Aktuelt forløb | Sygdomstype | N= 721 $\chi^2=27,8$ Df = 16 p-værdi=0,03 | N= 794 $\chi^2=22,0$ Df = 8 p-værdi=<0,01 | N= 788 $\chi^2= 16,8$ Df = 8 p-værdi=0,03 | N= 742 $\chi^2= 14,4$ Df = 8 p-værdi=0,04 | N= 792 $\chi^2= 9,3$ Df = 8 p-værdi=0,12 |
| Tidligere forløb | Sygdomstype | N= 290 $\chi^2= 22,5$ Df = 10 p-værdi=0,01 | N= 278 $\chi^2= 25,9$ Df = 8 p-værdi=<0,01 | N= 284 $\chi^2= 24,5$ Df = 8 p-værdi=0,01 | N= 251 $\chi^2= 8,4$ Df = 8 p-værdi=0,23 | N= 270 $\chi^2= 18,3$ Df = 2 p-værdi=0,02 |

5.3 Modelsøgning af logistiske regressionsmodeller

Herunder gennemgår jeg konstruktionen af de logistiske regressionsmodeller.

5.3.1 Tests for potentiel confounding i tidligere forløb

I nedenstående tabel 10 fremgår et eksempel på tests for potentiel confounding for SODE-variablene (der fremgår kun p-værdier for χ^2 -tests). Først testede jeg, om en variabel var korreleret med sygdomstypen. Hvis det var tilfældet, testede jeg, om variabelen også var korreleret med udfaldsvariablen.

Tabel 10

| <i>Tests for potentiel confounding</i> | | <i>Variabel</i> | <i>Sygdomstype</i> | <i>Variighed</i> | <i>Forbedring af helbred</i> | <i>Forværring af helbred</i> | <i>Forværring af livskvalitet</i> |
|--|------|-----------------|--------------------|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Tidligere forløb | SODE | KØN | p=0,03 | På baggrund af litteratur inddrages alle på nær varighed (afsnit 4.7.2.1.4) | p<0,01 | p<0,01 | p<0,01 |
| | | REGION | p=0,16 | | * | - | * |
| | | UDD | p=0,26 | | - | * | * |
| | | ALDER | p=0,34 | | * | * | * |
| | | VARIGHED | p=0,01 | | - | - | p<0,01 |

*variablen blev medtaget, da en tilsvarende variabel var signifikant i analyser af aktuelle forløb -der testes ikke, da der ikke er fundet en association mellem **sygdomstype** og SODE-variabel

5.3.2 Modelsøgning med hovedvirkninger

De baglæns modelsøgninger med hovedvirkninger blev foretaget efter trin 1-2, beskrevet i afsnit 3.6.2.12. Da ALDER ikke havde en signifikant association med nogen udfald, blev der ikke udført linearitetstjek (trin 2). SODE- og OIBS-variable blev sammenlagt i analysen af **forværring af livskvalitet**, da få variable viste tegn på confounding.

I tabel 11 herunder fremgår et eksempel på modelsøgningen med udfaldsvariablen **forbedring af helbred**. P-værdier for Wald-testene fremgår for hver variabel og hvert trin i tabellen. Markeringen med **fed tekst** angiver hvilken variabel, der blev fjernet i næste trin.

Tabel 11

| Forbedring af helbred | | Aktuelt forløb | | | | | | Tidligere forløb | | | | |
|------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Trin | | | | | | | | | | | | |
| SODE | Sygdomstype | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | |
| | Varighed | 0,18 | 0,17 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,25 | 0,24 | - | - | - | |
| | KØN | 0,74 | - | - | - | - | 0,16 | 0,15 | 0,16 | - | - | |
| | REGION | 0,38 | 0,39 | 0,35 | - | - | - | - | - | - | - | |
| | UDDANNELSE | 0,06 | 0,06 | 0,05 | 0,04 | 0,05 | 0,62 | - | - | - | - | |
| | ALDER | 0,16 | 0,16 | 0,18 | 0,26 | - | - | - | - | - | - | |
| | YDELSE* | 0,73 | 0,70 | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Trin | | Aktuelt forløb | | | | | | Tidligere forløb | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| OFRJ | Sygdomstype | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |
| | FLERE TIMER | 0,17 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | SAGSBEHANDLER TILLID | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |
| | FÅ BEDRE | 0,05 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,51 | 0,44 | 0,49 | - |
| | SE BORT | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |
| | KONTROL | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | 0,91 | - | - | - |
| | YDMYGELSE | 0,09 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,57 | 0,51 | - | - |
| Trin | | Aktuelt forløb | | | | | | Tidligere forløb | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 0 | 1 | 2 | |
| OIBS | Sygdomstype | 0,02 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | |
| | KOMPETENT* | 0,64 | 0,60 | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | STØTTE* | 0,51 | 0,55 | 0,35 | 0,34 | 0,30 | - | - | - | - | - | |
| | TRYG | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | 0,02 | |
| | INDDRAGET | 0,21 | 0,22 | 0,19 | 0,22 | 0,14 | 0,08 | - | - | - | - | |
| | UFORUDSIGELIGHED | 0,31 | 0,31 | 0,31 | 0,44 | - | - | - | - | - | - | |
| | ØKONOMI | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | 0,08 | 0,07 | - | |
| | BEKYMRINGER | 0,57 | 0,52 | 0,53 | - | - | - | - | - | - | - | |
| UBEHAG | 0,80 | - | - | - | - | - | - | 0,89 | - | - | | |

*Variablen var kun tilgængelig i de aktuelle forløb

5.3.3 Modelsøgning med interaktioner

De baglæns modelsøgninger med interaktioner blev foretaget efter trin 3 beskrevet i afsnit 4.7.2.1.2. Interaktionerne var tovejs-interaktioner mellem **sygdomstypen** og hver af de variable, der havde en signifikant association med udfaldsvariablen (trin 1-2).

Jeg fandt to signifikante interaktioner i de aktuelle forløb, men ingen i de tidligere forløb. Den ene mellem **sygdomstypen** og oplevelsen af, at jobcenteret pressede en til at arbejde flere timer end man kunne magte (FLERE TIMER) for udfaldet **forværring af helbred**. Den anden mellem **sygdomstype** og oplevelsen af at have følt sig ydmyget i sagsforløbet (YDMYGELSE) over for udfaldet **varighed**. Modelsøgningen for den sidstnævnte interaktion er illustreret i tabel 12. P-værdier for Wald-testene fremgår for hver variabel, og for hvert trin i tabellen. Markeringen med **fed tekst** angiver hvilken variabel, der blev fjernet i næste trin.

Tabel 12

| VARIGHED | | Aktuelt forløb | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Trin | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OFRJ | Sygdomstype | 0,48 | 0,51 | 0,25 | 0,26 | 0,29 |
| | FÅ BEDRE | 0,02 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |
| | SE BORT | 0,05 | 0,03 | 0,02 | <0,01 | <0,01 |
| | KONTROL | 0,05 | 0,04 | 0,05 | 0,08 | - |
| | YDMYGELSE | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 | <0,01 |
| | Sygdomstype* FÅ BEDRE | 0,96 | - | - | - | - |
| | Sygdomstype* SE BORT | 0,56 | 0,46 | 0,32 | - | - |
| | Sygdomstype* KONTROL | 0,54 | 0,48 | - | - | - |
| Sygdomstype* YDMYGELSE | 0,18 | 0,20 | 0,20 | 0,03 | 0,02 | |

5.4 Log-likelihood ratio test

I to tilfælde var de færdigsøgte modeller signifikant bedre til at beskrive data, end de indledende. Derfor fortolkede jeg resultaterne fra de færdigsøgte modeller med forsigtighed. De to modeller var begge for de aktuelle forløb. Den ene var for udfaldet **varighed** efter modelsøgning med OFRJ-variable, og den anden var for **forværring af helbred** ved brug af OFRJ-variable.

I tabel 13 herunder fremgår tre eksempler på beregningerne overfor udfaldet **forbedring af livskvalitet**. Det kan aflæses, at de indledende modeller var signifikant bedre til at beskrive data end de færdigsøgte.

Tabel 13

| FORBEDRING AF LIVSKVALITET | Aktuelt forløb <i>Forskel i -2loglikelihood (forskel i df)</i> <i>p-værdi for forskel</i> |
|---------------------------------------|--|
| SODE | Forskel: 15,144 (19) p-værdi: <0,001 |
| OFRJ | Forskel: 24,951 (12) p-værdi: <0,001 |
| OIBS | Forskel: 25,663 (20) p-værdi: <0,001 |

5.5 Fund fra statistiske analyser

Herunder præsenterer jeg resultaterne af de logistiske regressionsanalyser i tabeller, og fortolker dem. Nogle steder præsenterer jeg de færdigsøgte modeller, hvor **sygdomstypen** havde en signifikant association med udfaldet. Andre steder præsenterer jeg resultaterne fra modeller, med alle variable som hovedvirkninger, fordi jeg ikke fandt en signifikant association. Førstnævnte angives med ”FS” for færdigsøgt model og sidstnævnte som ”FJ” for fuldt justeret model. Begge forkortelser angives i noter til modellerne, og jeg angiver, hvilke variable der blev justeret for.

Resultaterne præsenteres for **sygdomstypen**, men de fulde resultater af samtlige analyser fremgår af bilag 2. Fundene beskrives med fokus på forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom, og andre fund berøres kort, da de var uden for specialets genstandsfelt. Bemærk, at den fulde formulering af variablene fremgår af tabel 7, og at de var inddelt i de tre variabelkategorier: ”sociodemografiske” (SODE), ”oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret” (OFRJ) og ”oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb” (OIBS).

5.5.1 Varigheden af et jobcenterforløb

Tabel 14

| VARIGHED | | Aktuelt forløb^a | | | Tidligere forløb^{a1} | | | |
|-----------------|-----------------------|---|-----------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | |
| SODE | Sygdomstype | - | - | 0,72 | - | - | 0,02 | |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - | |
| | Psykisk sygdom | 0,18 | 1,19 (0,77-1,83) | 0,43 | 1,18 | 3,25 (1,42-7,43) | 0,005 | |
| | Både fysisk og sygdom | 0,10 | 1,10 (0,67-1,81) | 0,71 | 0,69 | 2,00 (0,56-7,16) | 0,29 | |
| | | α-konstant: -1,70 | | | α-konstant: -2,57 | | | |
| OFRJ | | | Aktuelt forløb | | | Tidligere forløb^{b1} | | |
| | | | | | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| | Sygdomstype | Sygdomstype indgår i en interaktion. Se tabel 15. | | | | - | - | 0,12 |
| | Fysisk sygdom | | | | | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | | | | | 0,91 | 2,47 (1,01-6,04) | 0,047 |
| | Både fysisk og sygdom | | | | | 0,32 | 1,37 (0,34-5,50) | 0,66 |
| | | | | | | α-konstant: -3,48 | | |
| | | Aktuelt forløb^c | | | Tidligere forløb^{c1} | | | |
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | |
| OIBS | Sygdomstype | - | - | 0,69 | - | - | 0,025 | |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - | |
| | Psykisk sygdom | 0,12 | 1,12 (0,75-1,68) | 0,57 | 1,15 | 3,17 (1,35-7,45) | 0,008 | |
| | Både fysisk og sygdom | 0,18 | 1,20 (0,77-1,88) | 0,42 | 0,49 | 1,64 (0,44-6,12) | 0,46 | |
| | | α-konstant: 0,47 | | | α-konstant: -3,56 | | | |

a: KØN, REGION, UDD, ALDER og YDELSE (FJ)

a1: Ujusteret (FS)

b1: FÅ BEDRE, SE BORT, KONTROL og YDMYGELSE (FJ)

c: KOMPETENT, STØTTE, TRYK, INDDRAGET, UFORUDSIGELIGHED, ØKONOMI, BEKYMRINGER og UBEHAG (FJ)

c1: UFORUDSIGELIGHED (FS)

5.5.1.1 Fortolkning af fund

I tre ud af seks modeller havde **sygdomstypen** en signifikant association med **varighed** (tabel 14). I én af de modeller indgik **sygdomstypen** i en interaktion med variabelen YDMYGELSE. Overordnet set var fundene altså modstridende, men i de aktuelle forløb beskrev variabelen et igangværende forløb, og et afsluttet forløb i de tidligere forløb.

Sygdomstypen var signifikant i to af modellerne fra de tidligere forløb. Ved modelsøgning med SODE-variable, blev alle andre variable end **sygdomstypen** ekskluderet. I den færdigsøgte, ujusterede model, havde personer med psykisk sygdom 3,25 (95% CI 1,42-7,43) gange højere odds for langtidsledighed, end personer med fysisk sygdom. Tilsvarende havde personer med psykisk sygdom 3,17 (95% CI 1,35-7,45) gange højere odds for langtidsledighed i den færdigsøgte model med OIBS-variable. Endeligt blev **sygdomstypen** ekskluderet ved modelsøgningen med OFRJ-variable, og derfor har jeg præsenteret estimaterne fra den fuldt justerede model. Selvom **sygdomstypen** overordnet var insignifikant, var forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom signifikant ($p=0,047$).

I de aktuelle forløb blev **sygdomstypen** ekskluderet efter modelsøgning med SODE- og OIBS-variable. Jeg fandt derimod en signifikant interaktion mellem **sygdomstypen**, og tilkendegivelsen af at have oplevet ydmygelse på jobcenteret. Interaktionen er illustreret herunder i tabel 15 ved at holde effekten af YDMYGELSE konstant for personer med fysisk sygdom. På den måde kan OR sammenlignes mellem **sygdomstyper** for hvert niveau af YDMYGELSE.

Det kan aflæses fra tabellen, at i jo højere grad personer med psykisk sygdom oplevede at føle sig ydmygede på jobcenteret, dets højere var deres odds for langtidsledighed, sammenlignet med personer med fysisk sygdom.

Tabel 15

| VARIGHED | <i>Fysisk</i> | <i>Psykisk</i> | <i>Både fysisk og psykisk</i> |
|------------------|---------------|----------------|-------------------------------|
| YDMYGELSE | OR | OR | OR |
| Ved ikke | 1 | 0,57 | 0,76 |
| Lav grad | 1 | 2,07 | 0,85 |
| I nogen grad | 1 | 2,26 | 3,67 |
| I høj grad | 1 | 2,72 | 3,74 |

p-værdi for Wald-test af interaktion: 0,015

Justeret for FÅ BEDRE og SE BORT (FS)

Ved et isoleret syn på de tidligere forløb, var der altså en overvægt af modeller, hvori personer med psykisk sygdom havde et signifikant højere odds for langtidsledighed. I de aktuelle forløb, var det modsatte tilfældet. Derfor tyder det på, at personer med psykisk sygdom havde et længere jobcenterforløb, end personer med fysisk sygdom, når man betragter tidligere forløb.

5.5.1.2 Andre fund

I fem ud af seks modeller var associationer mellem kombinationen af fysisk og psykisk sygdom og **varighed** insignifikante. Oddset for at være langtidsledig var dog højere end oddset for personer med fysisk eller psykisk sygdom, hvis man i nogen (OR=3,67) eller høj grad (OR=3,74) oplevede at føle ydmygelse på jobcenteret.

I de færdigsøgte modeller (bilag 2) var der andre forskelle mellem aktuelle og tidligere forløb. I de tidligere forløb var der ingen association mellem SODE-variablene og **varighed**. Det var der i de aktuelle forløb, hvor YDELSE ($p < 0,001$) og REGION ($p = 0,02$) var signifikante. Af OFRJ-variablene var FÅ BEDRE ($p < 0,001$) og SE BORT ($p = 0,002$) også signifikante i de aktuelle forløb, hvorimod det kun drejede sig om variabelen YDMYGELSE i de tidligere forløb (indgik ikke i en interaktion). Af OIBS-variablene var UFORUDSIGELIGHED signifikant i både de aktuelle og tidligere forløb.

5.5.2 Jobcenteraktiviteters forbedring af helbred

Tabel 16

| FORBEDRING AF HELBRED | | <i>Aktuelt forløb^a</i> | | | <i>Tidligere forløb^{a1}</i> | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| | | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| SODE | Sygdomstype | - | - | <0,001 | - | - | <0,001 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,81 | 2,24 (1,55-3,22) | <0,001 | 1,17 | 3,23 (1,88-5,53) | <0,001 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,55 | 1,75 (1,16-2,60) | 0,007 | 0,27 | 1,31 (0,53-3,21) | 0,56 |
| | | α -konstant: -0,96 | | | α -konstant: -1,02 | | |
| | | <i>Aktuelt forløb^b</i> | | | <i>Tidligere forløb^{b1}</i> | | |
| | | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| OFRJ | Sygdomstype | - | - | 0,006 | - | - | <0,001 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,50 | 1,65 (1,15-2,37) | 0,007 | 1,41 | 4,10 (2,27-4,40) | <0,001 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,51 | 1,67 (1,13-2,47) | 0,011 | 0,44 | 1,55 (0,58-4,11) | 0,38 |
| | | α -konstant: 0,58 | | | α -konstant: -3,80 | | |
| | | <i>Aktuelt forløb^c</i> | | | <i>Tidligere forløb^{c1}</i> | | |
| | | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| OIBS | Sygdomstype | - | - | 0,004 | - | - | <0,001 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,52 | 1,68 (1,18-2,39) | 0,004 | 1,17 | 3,21 (1,84-5,59) | <0,001 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,49 | 1,64 (1,12-2,40) | 0,011 | 0,20 | 1,22 (0,49-3,07) | 0,67 |
| | | α -konstant: 0,61 | | | α -konstant: -1,72 | | |

a: VARIGHED og UDD (FS)

a1: Ujusteret (FS)

b: SAGSBEHANDLER TILLID, FÅ BEDRE, SE BORT, KONTROL, YDMYGELSE (FS)

b1: SAGSBEHANDLER TILLID og SE BORT (FS)

c: TRYK og ØKONOMI (FS)

c1: TRYK (FS)

5.5.2.1 Fortolkning af fund

I samtlige seks færdigsøgte modeller, havde **sygdomstypen** en signifikant association med **forbedring af helbred** (tabel 16).

Efter modelsøgning med SODE-variable i de aktuelle forløb, havde personer med psykisk sygdom 2,24 (95% CI 1,55-3,22) gange højere odds for at opleve, at jobcenteraktiviteter forbedrede deres helbred. Efter modelsøgninger med OFRJ- og OIBS-variable, fandt jeg tilsvarende, at personer med psykisk sygdom henholdsvis havde 1,65 (95% CI 1,15-2,47) og 1,68 (95% CI 1,18-2,39) gange højere odds for at opleve helbredsforbedringer.

I de tidligere forløb havde personer med psykisk sygdom 3,23 (95% CI 1,88-5,53) gange højere odds for at opleve en helbredsforbedring efter modelsøgning med SODE-variable. Tilsvarende, havde personer med psykisk sygdom henholdsvis 4,10 (95% CI 2,27-4,40) og 3,21 (95% CI 1,84-5,59) gange højere odds for helbredsforbedringer efter modelsøgning med OFRJ- og OIBS-variable.

Det tyder altså på, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for at opleve at jobcenters aktiviteter forbedrer helbredet, end personer med fysisk sygdom.

5.5.2.2 Andre fund

Kombinationen af fysisk og psykisk sygdom havde kun en signifikant association med **forbedring af helbred** i de aktuelle forløb. OR var omkring de samme niveauer som for personer med psykisk sygdom.

Desuden var der forskelle mellem de aktuelle og tidligere forløb (bilag 2). VARIGHED havde kun indflydelse i de aktuelle forløb (hhv. $p=0,02$ og $p=0,05$), og generelt havde flere OFRJ-variable signifikante associationer i de aktuelle forløb. For både de tidligere og aktuelle forløb var SAGSBEHANDLER TILLID (hhv. $p=0,022$ og $p=0,001$) og SE BORT (hhv. $p=0,014$ og $p=0,002$) signifikante.

5.5.3 Jobcenteraktiviteters forværring af helbred

Tabel 17

| FORVÆRRING AF HELBRED | | Aktuelt forløb^a | | | Tidligere forløb^{a1} | | |
|------------------------------|-----------------------|---|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| SODE | Sygdomstype | - | - | 0,022 | - | - | 0,055 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,36 | 1,44 (0,97-2,14) | 0,074 | 0,72 | 2,05 (1,05-4,00) | 0,034 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,59 | 1,80 (1,15-2,81) | 0,010 | 0,95 | 2,60 (1,002-6,70) | 0,05 |
| | | α-konstant: -0,81 | | | α-konstant: -0,77 | | |
| OFRJ | | Aktuelt forløb | | | Tidligere forløb^{b1} | | |
| | Sygdomstype | Sygdomstype indgår i en interaktion. Se tabel 18. | | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| | Fysisk sygdom | | | | - | - | 0,088 |
| | Psykisk sygdom | | | | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Både fysisk og sygdom | | | | 0,81 | 2,25 (1,05-4,82) | 0,038 |
| | | | | 0,92 | 2,50 (0,77-8,07) | 0,127 | |
| | | α-konstant: -3,88 | | | | | |
| | | Aktuelt forløb^c | | | Tidligere forløb^{c1} | | |
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| OIBS | Sygdomstype | - | - | 0,028 | - | - | 0,287 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,41 | 1,50 (0,98-2,30) | 0,06 | 0,68 | 1,97 (0,82-4,74) | 0,130 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,57 | 1,77 (1,12-2,79) | 0,014 | 0,69 | 1,99 (1,36-2,91) | 0,278 |
| | | α-konstant: -0,12 | | | α-konstant: -2,31 | | |

a: VARIGHED, REGION og YDELSE (FS)

a1: VARIGHED, KØN og REGION (FJ)

b1: FLERE TIMER, SE BORT, KONTROL og YDMYGELSE (FJ)

c: TRYK, UFORUDSIGELIGHED, BEKYMRINGER og UBEHAG (FS)

c1: TRYK, UFORUDSIGELIGHED, ØKONOMI, BEKYMRINGER og UBEHAG (FJ)

5.5.3.1 Fortolkning af fund

I tre ud af seks modeller (tabel 17), havde **sygdomstypen** en signifikant association med oplevelsen af, at jobcenteraktiviteter forværrer helbredet. I én af modellerne indgik **sygdomstypen** i en interaktion med variabelen FLERE TIMER. Overordnet set var fundene altså modstridende.

I de aktuelle forløb havde **sygdomstypen** en signifikant association i alle tre modeller. I de to modeller, hvor **sygdomstypen** var signifikant som hovedvirkning (SODE- og OIBS-variable), var forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom insignifikant (hhv. $p=0,074$ og $p=0,06$).

Omvendt var **sygdomstypen** insignifikant i alle tre modeller i de tidligere forløb, men i to fuldt justerede modeller var forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom signifikant (SODE- og OFRJ-variable, hhv. $p=0,034$ og $p=0,038$).

Interaktionen mellem **sygdomstypen** og oplevelsen af at jobcenteret pressede den ledige til at arbejde flere timer, end vedkommende kunne overskue, er præsenteret i tabel 18 (aktuelle forløb). I tabellen holdes effekten af FLERE TIMER konstant for personer med fysisk sygdom. Sammenlignes personer med psykisk- og fysisk sygdom, oplevede personer med psykisk sygdom i højere grad en helbredsforværring, hvis de følte sig pressede til at arbejde flere timer, end de kunne overskue.

Tabel 18

| FORVÆRRING AF HELBRED | <i>Fysisk</i> | <i>Psykisk</i> | <i>Både fysisk og psykisk</i> |
|----------------------------------|---------------|----------------|-------------------------------|
| FLERE TIMER | | | |
| Lav grad | 1 | 1,95 | 1,74 |
| Ved ikke | 1 | 2,34 | 1,57 |
| I nogen grad | 1 | 2,15 | 1,45 |
| I høj grad | 1 | 3,47 | 2,70 |

p-værdi for Wald-test af interaktion: 0,044

Justeret for "SE BORT", "KONTROL" og "YDMYGELSE" (FS)

Samlet set havde **sygdomstypen** altså en signifikant association i tre ud af seks modeller, hvoraf forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom var insignifikant i to af modellerne. Omvendt var forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom signifikant i to modeller, hvor **sygdomstypen** overordnet var insignifikant. Fundene var altså modstridende, men med en lille overvægt af tegn på, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for en helbredsforværring. Det kan virke intuitivt modstridende sammenlignet med analyserne af helbredsforbedring, men det vender jeg tilbage til i afsnit 6.1.3.5.

5.5.3.2 Andre fund

Kombinationen af fysisk og psykisk sygdom havde en signifikant association i tre ud af de seks modeller. I interaktionen med FLERE TIMER var oddsene højere end for personer med fysisk sygdom, men en smule lavere end for personer med psykisk sygdom.

I de færdigsøgte modeller (bilag 2) havde VARIGHED en association med **forværring af helbred** i både de aktuelle ($p=0,001$) og tidligere forløb ($p<0,001$). I de aktuelle forløb havde YDELSE også en association ($p=0,02$).

Af OFRJ-variablene havde YDMYGELSE både en association i de aktuelle og tidligere forløb ($p < 0,001$), hvortil kun SE BORT ($p < 0,001$) og KONTROL ($p = 0,008$) havde en association i de aktuelle forløb.

5.5.4 Jobcenterforløbs forbedring af livskvalitet

Tabel 19

| FORBEDRING AF LIVSKVALITET | | Aktuelt forløb^a | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| SODE | Sygdomstype | - | - | 0,004 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,80 | 2,23 (1,39-3,57) | 0,001 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,46 | 1,58 (0,92-2,73) | 0,099 |
| | | α -konstant: -2,02 | | |
| | | Aktuelt forløb^b | | |
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| OFRJ | Sygdomstype | - | - | 0,002 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,95 | 2,60 (1,51-4,48) | 0,001 |
| | Både fysisk og sygdom | 0,77 | 2,16 (1,17-3,99) | 0,013 |
| | | α -konstant: -1,87 | | |
| | | Aktuelt forløb^c | | |
| | | β-værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| OIBS | Sygdomstype | - | - | 0,001 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | 0,97 | 2,64 (1,49-4,67) | 0,001 |
| | Både fysisk og sygdom | 1,06 | 2,88 (1,51-5,48) | 0,001 |
| | | α -konstant: -2,65 | | |

a: VARIGHED (FS)

b: FÅ BEDRE, KONTROL og YDMYGELSE (FS)

c: KOMPETENT, STØTTE, UFORUDSIGELIGHED og BEKYMRINGER (FS)

5.5.4.1 Fortolkning af fund

I tre ud af tre modeller havde **sygdomstypen** en signifikant association med oplevelsen af, at jobcenterforløbet **forbedrede livskvaliteten** (tabel 19). Grundet den insignifikante korrelationstest i de tidligere forløb, analyserede jeg kun de aktuelle forløb.

Efter modelsøgningen med SODE-variable havde personer med psykisk sygdom 2,23 (95% CI 1,39-3,57) gange højere odds for at opleve en **livskvalitetsforbedring**. Efter modelsøgningen med OFRJ-variable var oddset 2,60 (95% CI 1,51-4,48) gange højere, og endeligt var oddset 2,64 (95% CI 1,49-4,67) gange højere efter modelsøgningen med OIBS-variable. Det tyder altså på, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for at opleve en forbedring af deres livskvalitet, end personer med fysisk sygdom.

5.5.4.2 Andre fund

Kombinationen af fysisk og psykisk sygdom havde også en signifikant association med **livskvalitetsforbedring** i samtlige modeller. OR var omkring de samme niveauer som for personer med psykisk sygdom.

VARIGHED ($p=0,007$), FÅ BEDRE ($p=0,024$) KONTROL ($p<0,001$), YDMYGELSE ($p=0,002$), STØTTE ($p<0,001$), UFORUDSIGELIGHED ($p<0,001$) og BEKYMRINGER ($p=0,005$) var associeret med **forbedringen af livskvalitet** (bilag 2).

5.5.5 Jobcenterforløbs forværring af livskvalitet

Tabel 20

| FORVÆRRING AF LIVSKVALITET | | Tidligere forløb ^a | | |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------|-----------------------|
| | | β -værdi | OR (95% CI) | p-værdi for Wald test |
| SODE & OIBS | Sygdomstype | - | - | 0,58 |
| | Fysisk sygdom | 0 (ref.) | 1 | - |
| | Psykisk sygdom | -0,47 | 0,63 (0,23-1,71) | 0,36 |
| | Både fysisk og sygdom | -0,65 | 0,52 (0,12-2,33) | 0,39 |
| | | α -konstant: -2.26 | | |

a: VARIGHED, ØKONOMI, BEKYMRINGER og UBEHAG (FJ)

5.5.5.1 Fortolkning af fund

Grundet den insignifikante korrelationstest i de aktuelle forløb, analyserede jeg kun de tidligere forløb (tabel 20). SODE- og OIBS-variable blev inkluderet i den samme model, da få variable viste tegn på confounding, og ingen OFRJ-variable viste tegn på confounding.

Der var ingen tegn på en association mellem **sygdomstypen** og **forværring af livskvalitet** ($p=0,58$). Det samme var tilfældet ved opdeling af variabelgrupperne i SODE- og OIBS-variable.

5.5.5.2 Andre fund

Efter den baglæns modelsøgning fandtes der kun signifikante associationer med BEKYMRINGER ($p<0,001$) og UBEHAG ($p<0,001$).

5.6 Effektstudier af den aktive beskæftigelsesindsats

Formålet med de følgende afsnit er at gennemgå evidensgrundlaget bag udvalgte tilbud i den aktive beskæftigelsesindsats for personer med psykisk sygdom.

Som præsenteret i afsnit 1.2 var der ikke tegn på, at indsattstyperne i den aktive beskæftigelsesindsats nødvendigvis er forskellige for ledige med psykisk sygdom og andre ledige. I praksis er det en meget omfangsrig opgave at analysere effekter af samtlige beskæftigelsesindsatser for personer med psykisk sygdom. Derfor skal det understreges, at nedenstående fund ikke er en komplet afdækning, men at der er tale om udvalgte indsatser. På baggrund af fund fra litteraturgennemgangen, blev følgende otte indsattstyper gennemgået:

| | |
|--|---|
| 1. Vejledning og opkvalificering (VO) | 5. Tidlige indsatser |
| 2. Mentorstøtte | 6. Arbejdspladsbaserede indsatser |
| 3. Virksomhedsrettede indsatser (VI) | 7. Tværfaglige indsatser |
| 4. Samtaler med sagsbehandlere | 8. Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS) |

For flere af indsattserne identificerede jeg ikke litteratur specifikt for personer med psykisk sygdom. I de tilfælde forsøgte jeg at inkludere litteratur, jeg vurderede til at være tilnærmelsesvist generaliserbart til målgruppen. Derfor indledes hvert afsnit med en kommentar om, hvorvidt jeg fandt studier af personer med psykisk sygdom. Hvert afsnit afrundes med en vurdering af evidensgrundlaget, og jeg præsenterer forhold ved de enkelte studier, som var særligt udslagsgivne for kvalitetsvurderingen. Hvert indsattsområde blev ofte underinddelt forskelligt i de inkluderede studier. Derfor er afsnittene bygget op omkring en løbende præsentation af studierne, fremfor en præsentation af evidensgrundlaget for underkategorier af indsattstyperne.

Vær opmærksom på følgende:

Jeg udvalgte primært reviews i litteraturgennemgangen. Det betød, at der ofte manglede detaljer om, hvad indsattserne i primærstudierne bestod af. Ofte manglede der også detaljer om kontrolgrupper og effektstørrelser. Derudover var det vanskeligt at isolere effekten af én indsattstype fra en anden. Studiepopulationerne i de enkelte primærstudier deltog ofte i flere samtidige indsattser. Derfor var der også overlappende elementer i gennemgangen af indsattstyperne. Det blev yderligere kompliceret af, at flere indsattser var heterogene, og kunne udgøres af flere underkategorier. Flere studier vurderede desuden, at der var landespecifikke forskelle. Når jeg beskriver ”danske studier” henviser jeg derfor til studier foretaget i Danmark. Medmindre jeg skriver andet, henviser ”beskæftigelse” til et arbejde. ”Kontrolleret forsøg” henviser til et studie med en kontrolgruppe, hvor deltagerne ikke er randomiserede til interventions- eller kontrolgruppe, og hvor der justeres for observerede forskelle.

For en kortfattet oversigt over fund for indsattstyperne, se da tabel 21 herunder, som opsummerer resultaterne og den vurderede styrke af evidensgrundlaget baseret på BMs videnshierarki.

Tabel 21

| <i>Indsatsstype (antal studier)</i> | <i>Uddrag af fund</i> | <i>Evidensniveau</i> |
|---|---|--|
| Vejledning og opkvalificering (5) | Manglende konsensus om underinddelingen af VO, og ingen studier specifikt af personer med psykisk sygdom Ingen overvægt af studier med fund af positive eller negative effekter. Primærstudier i reviews, der fandt positive effekter, havde ofte korte tidshorisonter (under 200 dage) | Modstridende viden |
| Mentorstøtte (3) | Den mest udbredte mentortype støtter den ledige med hverdagsudfordringer. Selvom mange modtagere af mentorstøtte har psykiske lidelser, var der ingen studier specifikt af personer med psykisk sygdom Ingen overvægt af studier med effekter i særlig retning | Modstridende viden |
| Virksomhedsrettede indsatser (6) | Kan overordnet inddeles i virksomhedspraktik og ansættelse med løntilskud. Ensartede fund generelt for ledige, og forskellige definitioner af udsatte ledige. Sparsom viden specifikt for personer med psykisk sygdom Virksomhedspraktik Ingen overvægt af studier med effekter i særlig retning Løntilskud <i>Offentligt</i> Ingen overvægt af studier med effekter i særlig retning <i>Privat</i> Overvægt af studier med fund af positive effekter | Modstridende viden for virksomhedspraktik og løntilskud i det offentlige Stærk evidens for løntilskud i det private |
| Samtaler med sagsbehandlere (4) | Samtalers effekt udgøres af støttende og motiverende forhold. Positive effekter for arbejdsmarkedsparete ledige, men blandede effekter for sygemeldte med både fysisk og psykisk sygdom (depression, bipolar lidelse, eller generelt psykiske lidelser) | Moderat evidens for arbejdsmarkedsparete ledige Modstridende viden for sygemeldte |
| Tidlig indsats (3) | Manglende konsensus om, hvad der udgør en "tidlig indsats", og hvornår en beskæftigelsesindsats er tidlig. Der er også et hensyn til tidlig behandling af sygdom. Derfor metodisk svære at afgrænse F.eks. positive effekter på overgang til beskæftigelse for sygemeldte med lettere stress eller depression som følge af tidlig og tværfaglig afklaring, et virksomhedsrettet tilbud, en individuel opfølgingsplan og en koordineret indsats | Indikation* |
| Arbejdspladsbaserede indsatser (5) | Personorienterede indsatser som kognitiv-adfærdsterapi (KAT) er effektive til jobfastholdelse for personer med stress, depression, personlighedsforstyrrelser, OCD og andre affektive lidelser eller angstsygdomme, når de kombineres med arbejdspladsorienterede indsatser som ændringer af arbejdsforhold eller gradvis tilbagevenden til arbejde | Stærk evidens |
| Tværfaglige indsatser (4) | Kan udgøres af samarbejde mellem mange aktører, og derfor metodisk svært at afgrænse Ingen overvægt af studier med effekter i særlig retning | Modstridende viden** |
| IPS (4) | Positive effekter på overgang til, og omfang af beskæftigelse for personer med svære psykiske lidelser som skizofreni, bipolar sindslidelse og tilbagevendende depression Effekten af IPS er sværere at afgøre overfor personer med angst- og humørlidelser | Stærk evidens*** for svære psykiske lidelser Usikker viden for angst- og humørlidelser |

*Forbehold i vurderingen. Se afsnit 6.2.2.1.

**Forbehold i vurderingen. Se afsnit 6.2.2.2.

***Forbehold i vurderingen. Se afsnit 6.2.1.2.

5.6.1 Vejledning og opkvalificering (VO)

I de fleste OECD-lande er VO det mest anvendte aktiveringsinstrument (Rosholm & Svarer, 2012). Formålet er at udvikle eller afdække faglige kompetencer hos den ledige, så vedkommende nemmere kan få et arbejde (STAR, 2020b). Ifølge STAR består VO af korte vejlednings- og afklaringsforløb, særlige projekter og uddannelsesforløb, samt ordinære uddannelsesforløb. Jeg fandt fire reviews og ét registerbaseret kohortestudie, som gennemgås herunder. Der blev fundet ét studie af VO, der forsøgte at fokusere på unge med psykiske lidelser.

Rosholm & Svarer 2012 foretog et review af overordnede effekter af den aktive beskæftigelsesindsats primært for arbejdsmarkedsparte ledige. Forfatterne inddelte VO i jobsøgningskurser og ordinær uddannelsesaktivering, herunder øvrige kurser og projekter. Gennemgående estimerede de inkluderede studier VO's effekt på overgangen til beskæftigelse, eller varigheden af ledighedsperioden.

I gennemgangen af jobsøgningskurser inkluderede de otte studier, hvoraf to var danske. Rosholm & Svarer 2012 konkluderede, at der ikke var en entydig retning i effekten af jobsøgningskurser. Desuden mente forfatterne, at positive effekter var svære at adskille fra effekten af samtaler med sagsbehandlere, og fra motivationseffekter af udsigten til at skulle deltage i et kursus.

Til gennemgangen af ordinær uddannelsesaktivering, herunder øvrige kurser og projekter inkluderede Rosholm & Svarer 2012 22 studier, hvoraf syv var danske. Forfatterne konkluderede, at halvdelen af studierne fandt positive effekter. Der var en tendens til, at studier af fagrettet uddannelse, og studier med en længere tidshorisont fandt positive effekter på overgang til beskæftigelse.

Et andet review af 44 studier fokuserede på generelle effekter af VO for ledige (Arendt, 2013). VO blev opdelt i kortvarig vejledning og afklaring (f.eks. afklaring af faglige kompetencer eller hjælp til jobsøgning), særligt tilrettelagte projekter (10-20 ugers uddannelsesforløb f.eks. produktions- eller servicearbejde) og særligt tilrettelagte uddannelsesforløb (16-23 ugers uddannelser f.eks. uddannelser med praktikforløb). Selvom Arendt 2013 analyserede ledige generelt, var resultaterne ofte opdelt i resultater for forsikrede ledige (dagpengemodtagere) og ikke-forsikrede ledige (kontanthjælpsmodtagere).

Baseret på fire danske studier af kortvarig vejledning og afklaring for ikke-forsikrede ledige, konkluderede han, at der var modstridende evidens. To studier fandt f.eks. ingen eller negative effekter på selvforsørgelse og overgang til beskæftigelse målt over en treårig periode (Clausen et al 2009 og Skipper 2010 i Arendt 2013).

For særligt tilrettelagte projekter konkluderede han, at der var moderat evidens for negative effekter baseret på seks danske studier. Studierne målte ikke-forsikrede og udsatte lediges beskæftigelsesgrad og selvforsørgelse over perioder på et til seks år. Udsatte ledige blev defineret som ledige med nedsat eller ingen arbejdsevne.

For særligt tilrettelagte uddannelsesforløb fandt man små positive effekter på overgang til beskæftigelse i tre danske studier af lavere kvalitet (ikke-randomiserede), men negative effekter fra tre danske studier af højere kvalitet (RCTs).

Arendt 2013 fandt som Rosholm & Svarer 2012 også modstridende effekter af jobsøgningskurser. Desuden identificerede man en overvægt af negative effekter af jobsøgningskurser i Tyskland og ingen effekter i Finland.

5.6.1.1 Studier af ledige med sygdom

Andre forfattere fokuserede på ledige med sygdom eller symptomer på sygdom. Reviewet af Høgelund 2012 behandlede indsatser i beskæftigelsessystemet for sygemeldte som et generelt tema. Forfatteren inkluderede seks studier, hvoraf to var danske. De omhandlede primært personer med bevægeapparatsproblemer, og i samtlige studier var der tale om kombinerede indsatser, hvoraf VO udgjorde et delelement. Resultaterne var modstridende.

I et andet review forsøgte forfatterne at afgøre, om aktivering virkede for 16-25-årige unge med psykiske og sociale problemer (Jensen & Andersen, 2012). De gennemgik opkvalificering i beskæftigelsessystemet og jobsøgningskurser, vejledning mv. Førstnævnte omhandlede arbejdsmarkedsrettede uddannelser, og ikke ordinære uddannelser, som de ekskluderede via litteratursøgningen. De inkluderede 19 studier fra seks lande, hvoraf ét var dansk. Konklusionen for begge underkategorier var, at en overvægt af studierne fandt ingen eller negative effekter på omfanget af beskæftigelse. Studier der fandt positive effekter, havde ofte korte tidshorisonter (under 200 dage), og forfatterne kunne ikke adskille effekterne fra bl.a. mentorstøtte og økonomiske sanktioner. De fandt også en overvægt af fastlåsnings effekter i Sverige og Finland, og positive beskæftigelseseffekter i England. Det var bemærkelsesværdigt, at ingen af studierne var af unge med diagnosticeret psykisk sygdom. I stedet var målgrupperne ofte beskrevet som forsikrede, ikke-forsikrede eller unge uden kompetencegivende uddannelse.

Endeligt undersøgte et kohortestudie effekter af VO og ordinær uddannelse blandt 91.266 sygemeldte danskere over en treårig periode (Holm et al., 2017). De undersøgte både indsatsernes betydning for tid til overgang til beskæftigelse, men også varigheden af opnået ansættelse. På den baggrund vurderede de indsatsernes effektivitet, sammenlignet med sygemeldte, der ikke modtog indsatser. Ordinær uddannelse havde samlet set en positiv effekt. Selvom overgangen til beskæftigelse gennemsnitligt blev udsat med to dage, blev varigheden af den efterfølgende ansættelse gennemsnitligt øget med elleve dage. Omvendt fandt de overordnet negative effekter af VO, da overgang til beskæftigelse blev udsat med syv dage og varigheden af opnået ansættelse reduceret med seks dage.

5.6.1.2 Vurdering af evidensniveau

Jeg vurderede evidensniveauet for VO til modstridende viden. Det gjorde jeg på baggrund af individuelle kvalitetsvurderinger af de fire reviews og det registerbaserede kohortestudie, som alle var af mellem-høj kvalitet. Der manglede viden specifikt for personer med psykisk sygdom, konsensus om afgrænsningen af VO og tydelige definitioner af, hvad konkrete indsatser bestod af.

Se vurderingen af de enkelte studier i tabel 22 og afsnittet herunder.

Tabel 22

| Vejledning og opkvalificering | | | | | |
|-------------------------------|------------|-------------------|---|--------------------------------------|--|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Rosholm & Svarer 2012 | Review | Mellem | Arbejdsmarkeds- parate ledige | VO | Modstridende fund |
| Arendt 2013 | Review | Høj | Ledige | VO | Modstridende fund |
| Høgelund 2012 | Review | Mellem-høj | Sygemeldte | Beskæftigelses- systemet generelt | Ikke muligt at lave konklusioner om indsatser i beskæftigelses-system |
| Jensen & Andersen 2012 | Review | Mellem-høj | Udsatte unge mellem 18-25 med sociale og psykiske problemer | VO | Der mangler studier specifikt af unge med psykisk sygdom |
| Holm et al 2017 | Kohorte | Mellem-høj | Sygemeldte | Ordinær uddannelse samt VO | Negative effekter af VO Positive effekter af ordinær uddannelse |

Ingen af de inkluderede reviews var peer reviewed, men tre blev vurderet til at være af mellem-høj kvalitet. Kun studiet af Arendt 2013 var af høj kvalitet. Forfatteren lavede den klareste afgrænsning af VO, som mindede mest om STARs definition. Desuden opstillede han tydelige krav til, og vurderede, primærstudiernes kvalitet (RCT's, eller studier der på andre måder kontrollerede for observerede forskelle). Han ekskluderede derfor seks studier udelukkende med før-efter målinger, som manglede kontrolgrupper.

Modsat Arendt 2013 var Rosholm & Svarer 2012 ikke tydelige om hverken deres litteratursøgning eller inklusions- og eksklusionskriterier. Til gengæld inkluderede de mange RCT's og kontrollerede studier, og omtalte styrker/svagheder ved de enkelte studier. Derudover forholdt de sig til indirekte effekter af indsatser. Kvaliteten blev vurderet til mellem.

De resterende studiers kvalitet blev alle vurderet til mellem-høj. Selvom Høgelund 2012 undersøgte beskæftigelsessystemet mere generelt, havde forfatteren en tydeligere definition af målgruppen (sygemeldte). Forfatteren søgte i seks videnskabelige databaser, og opdelt søgeord efter, om de f.eks. var relateret til interventionen eller populationen. Derudover anvendte han neutrale søgeord som "work status" for udfaldet.

Han foretog dog ikke systematiske kvalitetsvurderinger af de enkelte studier, da han i stedet primært medtog RCT's, kontrollerede studier eller reviews.

Jensen og Andersen 2012 forsøgte at afgrænse deres målgruppe til unge med psykiske problemer, men kunne ikke udtale sig så specifikt. Selvom de anvendte en omfangsrig tilgang til litteratursøgningen (fem metoder, bl.a. dialog med forskere og søgninger efter grå litteratur), manglede der klarhed om, præcist hvilke søgeord de anvendte i hvilke databaser. Til gengæld kvalitetsvurderede de primærstudierne, og medtog kun RCT's eller kontrollerede studier.

Endeligt var Holm et al 2017 et peer reviewed kohortestudie. Der var tale om et højt antal deltagere baseret på registerdata (N=91.266) og udfaldsmål, som både belyste mobilisering og varig tilknytning til arbejdsmarkedet. Studiet var dog ikke randomiseret, og derfor var der en risiko for selektionsbias. Kontrolgruppen blev nemlig udgjort af sygemeldte, som ikke modtog en aktiv indsats. Det kan være problematisk fordi, der kan være uobserverede forskelle blandt de der vurderes aktivitetsparate, og de der ikke gør.

5.6.2 Mentorstøtte

Ifølge STAR kan mentorstøtte tilbydes som hjælp til, at den ledige opnår eller fastholder et uddannelses- eller beskæftigelsesrettet forløb eller et job (STAR, 2020c). Da jeg ikke fandt studier af personer med psykisk sygdom, gennemgår jeg tre reviews med fokus på udsatte ledige, som de enkelte forfattere definerede forskelligt.

Albæk et al 2012 analyserede effekter af mentorstøtte for udsatte ledige svarende til kontanthjælpsmodtagere, langtidsledige og handicappede i et review. Mentortyper blev opdelt efter tre målgrupper, hvoraf én type var for personer i et jobcenterforløb. Grundet specialets fokus medtog jeg kun resultater herfra. Effektmålene var primært beskæftigelses- eller selvforsørgelsesgrad.

Forfatterne gennemgik fire RCT's fra England og USA, men fandt ikke studier, hvor mentorstøtten var en isoleret indsats. Litteraturgrundlaget var for småt til, at de ville drage konklusioner. De vurderede dog, at kombinationen af mentorstøtte og øvrige indsatser, kunne have positive effekter for langtidsledige. Det var uklart, hvad de mente med øvrige indsatser. To RCT's omhandlede udsatte ledige, som ifølge forfatterne kunne sammenlignes med danske kontanthjælpsmodtagere og langtidsledige. Det ene var et amerikansk RCT af personer på bistandshjælp (Jacobs & Bloom 2011 i Albæk et al 2012). Deltagere blev randomiseret til enten "transitional jobs" (midlertidige jobs, med mentorstøtte både før og undervejs), "pre-employment" (udelukkende mentorstøtte til håndtering af barrierer for at komme i arbejde) eller en kontrolgruppe, som ikke blev beskrevet nærmere. Efter fire år, var der ingen forskel mellem interventionsgrupperne og kontrolgruppens beskæftigelsesomfang og indkomst. Det andet RCT fandt en positiv effekt af mentorstøtte blandt 16.000 engelske langtidsledige. Mentorstøtten var i form af hjælp til at finde arbejde, og derefter til at beholde det. De positive effekter blev udgjort af øget beskæftigelsesomfang målt over 33 måneder. Det var ikke tydeligt, hvad der gjaldt for kontrolgruppen.

Albæk et al 2015 evaluerede mentorindsatsen i Danmark. De foretog en litteraturgennemgang, analyser af danske data, og gennemføre interviews og surveys blandt 18 jobcentre, 300 mentorer og 200 modtagere af mentorstøtte. De identificerede tre mentortyper i beskæftigelsesindsatsen. Den mest udbredte mentortype yder hjælp til at stabilisere økonomi og hverdagsudfordringer. De andre mentortyper hjælper enten med at fastholde ledige i aktive indsatser, eller med direkte støtte på arbejdspladsen. Forfatterne konkluderede, at mentorordningen på beskæftigelsesområdet primært er en social indsats. Det blev illustreret ved, at 44% af brugerne modtog kontanthjælp eller sygedagpenge, uden at deltage i andre aktive indsatser. Interessant nok beskrev flere jobcentermedarbejdere, at en stor andel af de mentorstøttede havde en psykisk lidelse.

I Albæk et al 2015's litteraturgennemgang identificerede de syv udenlandske studier (primært RCTs), men litteraturgrundlaget var igen for småt til, at de ville drage konklusioner. Et tysk RCT fandt f.eks. en nedgang i omfanget af opnået beskæftigelse efter 28 måneder for både individuel- og klassebaseret vejledning i jobsøgning, sammenlignet med en ubeskrevet kontrolgruppe (Bernhard & Kopf 2014 i Albæk et al 2015). Man kan til gengæld diskutere, om den indsats nærmere minder om jobsøgningskurser. Omvendt fandt et schweizisk RCT en stigning i løn og beskæftigelsesomfang over 28 måneder for personer, der deltog i et intensivt coachingprogram, sammenlignet med personer der mødtes med en sagsbehandler en gang om måneden (Arni 2013 i Albæk et al 2015).

Albæk et al 2015 gennemførte også en case/kontrol-undersøgelse af mentorordningernes effekt på overgang til arbejde og uddannelse. De sammenlignede 6.487 mentorstøttede med en kontrolgruppe, som blev udvalgt på baggrund af lignende observerbare karakteristika¹. De fandt, at deltagere i mentorforløbet havde lavere sandsynlighed for at overgå til beskæftigelse end kontrolgruppen efter 21 måneders opfølgning. Det samme gjaldt for påbegyndte uddannelsesforløb efter 14 måneders opfølgning.

Jacobsen et al 2018 foretog et review af indsatser for borgere mellem 18-65 år, der har svært ved at få eller fastholde et arbejde eller en uddannelse. De opdeltede indsatser efter, om de var målrettet unge eller voksne. For voksne inddrog de primært indsigter fra de to studier af Albæk et al 2012 og 2015. De medtog også et britisk studie af personer, som deltog i et return-to-work (RTW) program (Bauldry et al 2009 i Jacobsen et al 2018). Deltagerne valgte selv, om de ønskede en mentor eller ej. De der valgte en mentor, havde dobbelt så stor sandsynlighed for at opnå beskæftigelse. Jacobsen et al 2018 beskrev dog ikke forsøgsdesignet, tidsrammen for evalueringen, eller målgruppen tydeligt.

¹ For hver person der startede et mentorforløb, udvalgte de en kontrol der ikke modtog mentorstøtte, men som havde nærmest beregnet sandsynlighed herfor.

For unge beskrev forfatterne et dansk RCT af 18-29-årige kontanthjælpsmodtagere (Svarer et al. 2014 i Jacobsen et al 2018). Forsøgsgruppen mødtes med en mentor mindst én gang om ugen over et samlet forløb på tolv måneder. Det var ikke tydeligt hvem der udgjorde kontrolgruppen, eller om de modtog en intervention, men studiet fandt en positiv effekt på påbegyndt uddannelse eller opnået beskæftigelse.

5.6.2.1 Vurdering af evidensniveau

Jeg vurderede, at der var modstridende viden om effekterne af mentorstøtte på baggrund af de tre reviews. Et review blev vurderet til mellem-høj kvalitet og til lav-mellem kvalitet.

Tabel 23

| Mentorstøtte | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|---|----------------------------|---|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Albæk et al 2012 | Review | Lav-mellem | Udsatte ledige | Mentor og øvrige indsatser | Indikation af, at mentorstøtte med anden indsats har positiv effekt for langtidsledige. |
| Albæk et al 2015 | Review, case-kontrol og kvalitative interviews | Mellem-høj | Deltagere i mentorforløb, mentorer og jobcentre | Mentor | Indikation af negative effekter |
| Jacobsen et al 2018 | Review | Lav-mellem | Udsatte ledige | Mentor | Modstridende fund |

De tre reviews var udarbejdet af VIVE og SFI, og ingen af dem var peer reviewed. Reviewet af Albæk et al 2012 blev vurderet til at være af lav-mellem kvalitet. En potentiel ulempe var, at de anvendte en detaljeret søgestreng i seks videnskabelige databaser. Søgestrengen fyldte flere linjer og indeholdt flere "AND"-specifikationer, hvorfor forfatterne muligvis overså relevante studier gennem en overspecificeret søgning. De medtog også kun RCTs, og derfor overså de muligvis andre studier af høj kvalitet.

Albæk et al 2015 blev vurderet til mellem-høj kvalitet. Forfatterne fandt flere studier ved brug af en mindre udspecificeret søgestreng i tolv videnskabelige databaser, og de gennemførte en supplerede case-kontrol undersøgelse, samt interviews og surveys i jobcentre. Til gengæld manglede der beskrivelser af, hvilken statistisk model de anvendte, og hvorfor/hvordan de justerede for potentielle confoundere, samt hvordan de konkret vurderede studierne kvalitet.

Jacobsen et al 2018 blev vurderet til lav-mellem kvalitet. De supplerede deres litteratursøgning med interviews af nøglepersoner, der arbejdede med marginaliserede unge og voksne i et forskningsregi. Der manglede til gengæld

detaljerede beskrivelser af, hvilke søgeord de anvendte i hvilke databaser, og en tydelig beskrivelse af, hvordan de vurderede primærstudiers kvalitet.

5.6.3 Virksomhedsrettede indsatser (VI)

Ifølge STAR findes der flere virksomhedsrettede redskaber i beskæftigelsesindsatsen som virksomhedspraktik, job med løntilskud, nytteindsatser mv. (STAR, 2020d). VI udgør 30% af al aktivering i Danmark, og de hyppigst anvendte indsatser er virksomhedspraktik og ansættelse med løntilskud (Rosholm & Svarer, 2011). Herunder gennemgår jeg resultater fra seks studier, hvoraf størstedelen er reviews. Der blev fundet ét studie, der forsøgte at fokusere på unge med psykiske lidelser. Af et begrænsningshensyn gennemgik jeg studier af virksomhedspraktik og ansættelser med løntilskud.

Rosholm & Svarer 2011; 2012 fokuserede på arbejdsmarkedssparate ledige, og inddelte VI i virksomhedspraktik samt private eller offentlige løntilskud. De fandt to danske RCTs af virksomhedspraktik, og vurderede, at udenlandske undersøgelser ikke var generaliserbare til en dansk kontekst (Rosholm & Svarer, 2012). De konkluderede, at der kun var indikation for positive effekter på overgang til beskæftigelse som følge af virksomhedspraktik. Det understøttede de med et dansk RCT, der fandt positive programeffekter og ingen fastlåsningseffekter af tre måneders virksomhedspraktik blandt forsikrede nyledige (Rosholm & Svarer, 2011). Indsatsen bestod dog også af andre tilbud som hjælp til jobsøgning.

De identificerede syv danske studier af ansættelser med løntilskud (RCTs og kontrollerede studier). For private løntilskud fandt de positive effekter på forkortelse af ledighedsperioden, men for offentlige løntilskud fandt de fleste studier, at ledighedsperioden blev forlænget (Rosholm & Svarer, 2012). Tidshorisonterne for studierne var typisk kortsigtede (6-12 mdr.).

5.6.3.1 Studier af udsatte ledige

Et review opdelte VI i virksomhedspraktik samt private eller offentlige løntilskud (Graversen, 2012). Forfatteren understregede, at der manglede en entydig definition af VI, og at danske indsatser kunne adskille sig fra udenlandske. Derfor afgrænsede han VI til at omhandle produktion af varer og/eller tjenesteydelser på ordinære arbejdspladser. Forfatteren inkluderede studier, hvori udfaldsmålet var overgang til beskæftigelse eller uddannelse, for målgrupper defineret som: kontanthjælpsmodtagere, ledige med problemer udover ledighed, ikke-arbejdsmarkedssparate ledige, ledige der er vanskelige at få i beskæftigelse og langtidsledige. Det førte til inklusion af 35 studier, hvoraf ni var danske. Han vurderede, at der var stærk evidens for positive effekter af løntilskud i den private sektor. De fleste studier fandt positive effekter på overgang til beskæftigelse for perioder op til fem år, og ingen studier fandt negative effekter. For virksomhedspraktik og løntilskud i den offentlige sektor fandt han modstridende effekter for perioder op til fire år.

Graversen 2012 beskrev, at 90% af de danske studier fandt positive effekter, hvorimod det drejede sig om 60% af udenlandske studier. Da jeg så på de danske studier, bemærkede jeg, at samtlige studier omhandlede kontanthjælpsmodtagere. Over en treårig periode fandt et af studierne ingen effekter på overgang til beskæftigelse

efter deltagelse i virksomhedspraktik. Omvendt fandt to studier positive effekter af virksomhedspraktik, samt både offentligt og privat løntilskud (Skipper 2010; Graversen & Jensen 2010; Bolvig, Jensen & Rosholm i Graversen 2012). Tidshorizonten for evalueringerne i de to sidstnævnte studier var utydelig, hvilket også gjaldt de resterende danske studier Graversen 2012 omtalte. To andre danske studier fandt, at løntilskud både var effektivt i det offentlige og private, men at effekten var størst i den private sektor (Graversen 2004a og b i Graversen 2012). Endeligt fandt et studie, at resourcesvage kontanthjælpsmodtagere havde stor effekt af løntilskud i den private sektor, men at det ofte var stærkere kontanthjælpsmodtagere, der modtog indsatsen (Graversen & Jensen 2010 i Graversen 2012). Det var dog ikke tydeligt, hvordan ”resourcesvag” eller ”stærkere” blev defineret.

Jacobsen et al 2018 opdelte indsatser efter, om de målrettes til udsatte unge eller voksne. Deres fund for voksne var primært baseret på Graversen 2012. Jacobsen et al 2018 inkluderede dog også et norsk studie, som vurderede, at noget af den positive effekt fra private løntilskud stammede fra en tendens til overforbrug af ordningen (Proba Samfunnsanalyse 2011 i Jacobsen et al 2018) – altså at mange personer, der har modtaget løntilskud, kunne være kommet i arbejde på ordinære vilkår.

For unge beskrev de, at der fandtes mange studier af VI, men at de enten fokuserede på unge i bred forstand eller på udsatte i en bred forstand. Jacobsen et al 2018 henviste til et svensk studie af udsatte unge (NOVA 2012 i Jacobsen et al 2018). Studiet fandt positive effekter på overgang til beskæftigelse som følge af løntilskud, men negative effekter af virksomhedspraktik. Det blev ikke uddybet yderligere, hvad der karakteriserede de udsatte unge, hvad indsatsen konkret bestod af, eller hvor lang evalueringens tidshorizont var.

Jensen & Andersen 2012 undersøgte indsatser for 16-25-årige udsatte unge med sociale og psykiske problemer. De omtalte ikke eksplicit VI, men studerede ”løntilskudslignende programmer” via ti studier fra fem europæiske lande. Samtlige studier anvendte kontrolgrupper, men de blev ikke beskrevet. Forfatterne vurderede, at der fandtes moderat evidens for positive effekter som følge af et halvt års løntilskud. Effekt skal her forstås som opnået beskæftigelse efter op til fire år, men det var ikke tydeligt, om det var privat eller offentligt løntilskud.

Jensen & Andersen 2012 omtalte ikke landespecifikke forskelle, men da jeg så specifikt på et finsk og tre norske studier, fandt de alle positive effekter. Det finske studie fandt positive effekter på beskæftigelsen op til fire år efter deltagelse i blandinger af offentlige og private løntilskudprogrammer (Hämäläinen & Ollikainen 2004 i Jensen & Andersen 2012). Et norsk studie fandt positive effekter på opnået beskæftigelse over en treårig periode, efter en kombination af deltagelse i 6-10 måneders løntilskud eller praktikforløb (Pedersen 1998 i Jensen & Andersen 2012).

Kohortestudiet af Holm et al 2017 undersøgte en dansk population af 91.266 sygemeldte. Forfatterne estimerede effekter af virksomhedspraktik og løntilskud, men opdelte ikke løntilskud efter den offentlige eller private sektor. De analyserede indsatsernes betydning for tiden til overgang til beskæftigelse, men også den efterfølgende varighed af ansættelsen. For virksomhedspraktik fandt de ikke en forlængelse af tiden til overgang til beskæftigelse. Derimod fandt de, at varigheden af den efterfølgende ansættelse gennemsnitligt blev reduceret med elleve dage. Derfor konkluderede de, at virksomhedspraktik havde negative effekter. De fandt ingen effekt på varigheden af den opnåede beskæftigelse for løntilskud, men derimod at overgangen til beskæftigelse gennemsnitligt blev reduceret med 21 dage. Derfor konkluderede de, at effekten af løntilskud var positiv.

5.6.3.2 Vurdering af evidensniveau

På baggrund af fem reviews og et registerbaseret kohortestudie af mellem-høj kvalitet, vurderede jeg, at der var stærk evidens for ansættelse med løntilskud i den private sektor, men at der var modstridende evidens for løntilskud i det offentlige og for virksomhedspraktik. Det tydede ikke på, at fund fra studier af ledige generelt adskilte sig fra studier med varierende definitioner af udsatte ledige – jeg kunne til gengæld ikke konkludere, at der var stærk evidens specifikt for personer med psykisk sygdom, da jeg ikke fandt studier specifikt af målgruppen.

Tabel 24

| Virksomhedsrettede indsatser | | | | | |
|-------------------------------|------------|-------------------|-----------------------------|---|--|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Graversen 2012 | Review | Høj | Udsatte ledige | Virksomhedsrettet indsats | Modstridende fund for virksomhedspraktik. Løntilskud i den private sektor har positiv effekt. Modstridende fund i det offentlige. |
| Rosholm & Svarer 2011 og 2012 | Review | Mellem | Arbejdsmarkedsparate ledige | Virksomhedsrettet indsats | Indikation af positive effekter af virksomhedspraktik Løntilskud i den private sektor har positiv effekt, men i det offentlige finder de fleste studier negative effekter |
| Holm et al 2017 | Kohorte | Mellem-høj | Sygedagpenge-modtagere | Fire aktive indsatser, bl.a. løntilskud og virksomhedspraktik | Negative effekter af virksomhedspraktik Positive effekter af løntilskud |
| Jacobsen et al 2018 | Review | Lav-mellem | Udsatte ledige | Virksomhedsrettet indsats | Negative effekter af virksomhedspraktik for unge Positive effekter af løntilskud for både unge og voksne |
| Jensen & Andersen 2012 | Review | Mellem-høj | Udsatte unge | Løntilskudslignende programmer | Positive effekter af et halvt års løntilskud |

Studiet af Graversen 2012 blev vurderet til at være af høj kvalitet, selvom det ikke var peer reviewed. Forfatteren foretog en klar afgrænsning af VI, til at omhandle produktionen af varer eller tjenesteydelser på en ordinær arbejdsplads. Han opstillede også kriterier for, at studierne skulle være af høj kvalitet. Hvis det ikke var et RCT, skulle studiet som minimum justere for observerede forskelle, og helst anvende kontrolgrupper. Derudover foretog han en grundig litteratursøgning i seks videnskabelige databaser, hvori han opstillede kriterier til både interventionen, populationen og effektmålinger. Modsat det tidligere omtalte studie af Albæk et al 2012, anvendte han flere søgeord, men en bredere søgestrategi. Han brugte nemlig i højere grad ”OR” end ”AND” specifikationer i søgningen. En ulempe var, at der for flere studier manglede beskrivelser af tidshorisonter og kontrolgrupper.

Se vurderingerne af Jacobsen et al 2018, Holm et al 2017, Rosholm & Svarer 2012 og Jensen & Andersen 2012 i de foregående afsnit 5.6.1.2 og 5.6.2.1. Bemærk at Rosholm & Svarer 2011 er en supplerende udgivelse, hvorfor vurderingen af studiet er den samme som vurderingen af Rosholm & Svarer 2012.

5.6.4 Samtaler med sagsbehandlere

Ifølge Rosholm & Svarer 2012 udgør samtaler med sagsbehandlere en stor del af beskæftigelsesindsatsen. Sagsbehandleren kan vurdere jobsøgningsaktiviteten, og ledige kan få hjælp til jobsøgning. Desuden kan den fremtidige deltagelse i indsatser planlægges, og der kan påbegyndes sanktionssager f.eks. ved manglende fremmøde (Rosholm & Svarer, 2012). Når effekter af ”samtaler” beskrives nedenfor, henviser jeg altså primært til samtaler med sagsbehandlere. Herunder gennemgår jeg fund fra to reviews og to RCTs, hvori flere af studiepopulationerne havde en form for psykisk sygdom.

Rosholm & Svarer 2012 analyserede 37 danske og internationale studier af samtalers beskæftigelses effekter for arbejdsmarkedsparete ledige. Studierne omhandlede sagsbehandleres overvågning af jobsøgningsaktiviteten og brug af økonomiske sanktioner, men også hjælp til jobsøgning og coaching. Forfatterne fandt 30 studier med positive effekter målt på bl.a. overgang til beskæftigelse og tid på kontanthjælp. Ingen studier fandt negative effekter. Der var stor variation i tidshorisonterne, og der blev både fundet positive effekter over perioder på fire måneder, men også helt op til fem år (Blundell et al 2004; Dolton & O’Neill 1996,2002 i Rosholm & Svarer 2012). Igen manglede der dog ofte beskrivelser af kontrolgrupperne.

5.6.4.1 Studier af sygemeldte

Høgelund 2012 fokuserede på sygemeldte og beskrev, at det var metodisk svært at isolere effekter af samtaler fra andre indsatser som VI. Derfor medtog han kun studier, hvor han vurderede, at samtaler udgjorde den væsentligste del af en indsats. Det var dog ikke tydeligt, hvordan han foretog vurderingen. Han fandt tre danske og et engelsk studie, og konkluderede, at der overordnet var modstridende fund.

Resultaterne fra de danske studier var også modstridende. Han medtog et RCT af sygemeldte fra seks kommuner, hvoraf 21% (N=1.256) af deltagerne enten havde depression eller en bipolar lidelse (Drews et al., 2007). Tre kommuner fungerede som interventions- og tre som kontrolgruppe.

Interventionsgrupperne modtog en socialmedicinsk undersøgelse, som blev inddraget i samtaler med en socialrådgiver og en sagsbehandler, i udarbejdelsen af en tilbage-til-arbejde (TTA) plan. Kontrolgrupperne modtog ordinær sygedagpengeopfølgning, hvilket bl.a. indebærer at udfylde et oplysningsskema om forventet tilbagevenden, efterfulgt af møder med en sagsbehandler. Der var ingen forskel på beskæftigelsesgraden mellem grupperne et år efter sygemeldingens begyndelse. De to andre studier anvendte kombinationer af survey- og registerdata om sygemeldte, hvoraf omkring 20% (N=1.000; N=2.906) af deltagerne i begge studier havde en psykiatrisk diagnose (Høgelund & Holm 2006; Høgelund et al 2008 i Høgelund 2012). Der manglede beskrivelser af forsøgsdesigns og kontrolgrupper, men førstnævnte studie fandt, at den første opfølgningssamtale med den sygemeldte på jobcenteret, havde en kortvarig positiv effekt på opnået beskæftigelse lige efter samtalen. Det andet studie fandt samme kortvarige effekt for at komme i arbejde efter samtalen i data fra 2006, men ingen effekt i data fra 2002.

Jacobi & Gahrn 2019 beskrev et dansk RCT i 16 danske jobcentre blandt personer på sygedagpenge eller i visitation til fleksjob, hvoraf omkring 50% (N=4.898) af deltagerne havde en psykisk lidelse (Boll et al 2010 i Jacobi & Gahrn 2019). Interventionsgruppen modtog en intensiveret indsats, som bestod af aktiverings- og forebyggende tilbud som motion og kurser i egen situation. En væsentlig del af indsatsen blev udgjort af ugentlige samtaler med en sagsbehandler. Kontrolgruppen modtog sygedagpengeopfølgning. Efter 50 uger fandt de ingen forskel mellem gruppernes selvforsørgelsesgrad.

5.6.4.2 Vurdering af evidensniveau

Jeg vurderede, at der var moderat evidens for, at samtaler med sagsbehandlere kan være effektive for arbejdsmarkedsparate ledige på baggrund af et review af mellem kvalitet (Rosholm & Svarer 2012). Selvom BMs videnshierarki foreskriver, at der er ”stærk evidens”, hvis et review viser resultater med samme retning, kunne jeg ikke forholde mig til forfatterens søgestrategi – derfor kunne jeg ikke afgøre, om de anvendte søgeord, der øgede chancen for at finde studier med positive effekter, og ekskludere studier med negative effekter. Ud af 37 studier fandt forfatterne dog 29 studier med positive effekter og ingen studier med negative effekter. Derfor vurderede jeg, at der var moderat evidens. Omvendt konkluderede jeg, at der var modstridende viden for sygemeldte på baggrund af et review, et RCT og et kontrolleret forsøg af mellem-høj kvalitet.

Tabel 25

| Samtaler med sagsbehandlere | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|---|--------------------------------|-------------------|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Rosholm & Svarer 2012 | Review | Mellem | Arbejdsmarkedsparate ledige | Samtaler med sagsbehandler mv. | Positive effekter |
| Høgelund 2012 | Review | Mellem-høj | Sygemeldte | Samtaler med sagsbehandler mv. | Modstridende fund |
| Drews et al 2007 | Kontrolleret forsøg | Mellem | Sygemeldte, bl.a. med depression og bipolar lidelse | Samtaler med sagsbehandler mv. | Ingen effekt |
| Boll et al 2010 i Jacobi & Gahrn 2019 | RCT | Mellem | Sygedagpengemodtagere mv., hvoraf en andel har en form for psykisk lidelse. | Samtaler med sagsbehandler mv. | Ingen effekt |

Drews et al 2007 var et peer reviewed, kontrolleret studie af mellem kvalitet. En af årsagerne til vurderingen var, at der var et stort bortfald ved follow-up (42,5%), og at forfatterne ikke gennemførte en bortfaldsanalyse. Derudover var studiet ikke randomiseret, fordi de selv udvalgte interventions- og kontrolkommuner. Endeligt gennemførte de en intention-to-treat analyse. Det kan være problematisk at analysere deltagere, som om de har modtaget en intervention, når de reelt ikke har. På den måde kan det ikke udledes om effekten skyldes indsatsen eller andre forhold.

Boll et al 2010 omtales som et RCT i Jacobi & Gahrn 2019, og var et forsøg i 16 jobcentre. Her var der tale om en indirekte kvalitetsvurdering, fordi jeg tog udgangspunkt i Jacobi & Gahrn 2019s præsentation af studiet. Jeg vurderede studiet til at være af mellem kvalitet på baggrund af størrelsen (N=4.898), og fordi randomiseringen blev foretaget efter lige/ulige fødselsår. På den måde var en eventuel blinding af forfatterne utilstrækkelig, fordi man kunne gennemskue, om en deltager tilhørte interventions- eller kontrolgruppen ud fra fødselsåret.

Studiet af Jacobi & Gahrn 2019 var ikke peer reviewed, og forfatterne præsenterede ikke deres metodiske tilgang til litteratursøgningen. Kvaliteten blev vurderet til lav-mellem, fordi de i høj grad anvendte grå litteratur, ikke foretog kvalitetsvurderinger og medtog studier uden kontrolgrupper. Studiet var dog et af de eneste, som specifikt undersøgte beskæftigelsesindsatser for personer med psykisk sygdom. Studiet fremgår ikke af tabel 25, fordi jeg kun anvendte deres præsentation af Boll et al 2010.

For vurderingerne af Rosholm et al 2012 samt Høgelund 2012, se da afsnit 5.6.1.2.

5.7 Indsatser udvalgt med snowballing

Som beskrevet i afsnit 4.3.5 fandt jeg først studier, der beskrev, at personer med psykisk sygdom typisk deltog i de fire foreløbige gennemgåede indsatstyper. De næste fire indsatser blev udvalgt med snowballing, da de ofte blev omtalt i foreløbige identificerede studier.

Herunder gennemgår jeg studier af tidlige, arbejdspladsbaserede og tværfaglige indsatser. Derefter gennemgår jeg en indsatstype kaldet IPS.

5.7.1 Tidlige indsatser

Tidlige indsatser er ikke en egentlig indsatstype, men handler om effekten af, hvornår en beskæftigelses- eller behandlingsindsats igangsættes. Tidlige indsatser er altså metodisk svære at afgrænse og kan omhandle tidlige samtaler eller helbredsudredninger og tidlig kontakt til en eksisterende arbejdsgiver for sygemeldte mv. (Høgelund, 2012). Herunder gennemgår jeg primært RCT's præsenteret i tidligere gennemgået litteratur med fokus på psykisk sygdom.

Ifølge Finansministeriet bringer tidlige og intensive indsatser ledige hurtigt i beskæftigelse på grund af motivationseffekter (Finansministeriet, 2018). Ifølge Sieling-Monas 2018 er der lovgivningsmæssigt fokus på tidlige indsatser for sygemeldte, ligesom mange sagsbehandlere vurderer, at tidlige indsatser er vigtige. I litteraturen mangler der til gengæld konsensus om, hvornår en beskæftigelsesindsats anses som tidligt igangsat (ibid).

Jacobi & Gahrn 2019 inkluderede et studie med fokus på tidlige indsatser blandt 2.827 sygemeldte i 14 kommuner (Discus 2014 i Jacobi & Gahrn 2019). Studiepopulationen var sygemeldte med psykiske lidelser eller muskel- og skeletlidelser, men den konkrete fordeling var ikke tydelig. Studiet var ikke randomiseret, men interventionen blev sammenlignet med en kontrolgruppe, som opfyldte betingelserne for at deltage i interventionsgruppen (at de f.eks. var aktivitetsparate). Interventionen bestod af tidlig og tværfaglig afklaring (f.eks. tidlig inddragelse af arbejdsgiveren eller en psykiater) et virksomhedsrettet tilbud, en opfølgingsplan, og en koordineret indsats mellem samtlige aktører (f.eks. sagsbehandlere og psykiatere). Den tidlige afklaring bestod i, at deltagerne gennemsnitligt afholdt første samtale med sagsbehandleren seks uger efter første sygedag. Det var to uger tidligere end lovgivningens bestemmelse om, at første samtale senest blev afholdt efter otte uger. Selvom der blev fundet store kommunale variationer, viste evalueringen positive effekter på overgang til beskæftigelse i 8 ud af 14 kommuner, målt over en periode på 52 uger. Forfatterne konkluderede, at indsatsen var særlig effektiv overfor sygemeldte med lettere stress eller depression, og de vurderede, at den tidlige indsats var et positivt element.

Sieling-Monas 2018 beskrev et dansk RCT som sammenlignede effekter af en intensiveret og tidlig indsats med en kontrolgruppe, der modtog en ubeskrevet standardindsats for sygemeldte (Rehwald, Rosholm & Rouland 2016 i Sieling-Monas 2018). Indsatsen bestod af tidlig igangsættelse af indsatser som VO suppleret med fysisk træning og delvise raskmeldinger. Interventionsgruppen deltog i første aktivitet efter 3,5-4,6 uger efter forsøgets start, hvorimod kontrolgruppen deltog i første aktivitet efter 5,4-6,5 uger.

Efter tre års opfølgning viste resultaterne negative effekter af indsatsen målt på overgang til beskæftigelse, og overgang til permanente offentlige ydelser. Efter kontrol for enkelte jobcentres brug af forskellige indsatser, fandt de dog små positive effekter af en delvis raskmelding hos en eksisterende arbejdsgiver.

Borg 2010 anbefalede tidlig opsporing og behandling af mentale helbredsproblemer blandt sygemeldte på baggrund af en litteraturgennemgang af 30 studier. Forfatteren beskrev et RCT af en intervention for ansatte i et bankfirma med høj risiko for langtidssygefravær på grund af psykosociale forhold (Kant et al 2008 i Borg 2010). Langtidssygefravær var defineret som over 28 dage, og risikovurderingen var baseret på et spørgeskema. Interventionen bestod af én tidlig konsultation hos en arbejdsmediciner og kontrolgruppen modtog sædvanlig behandling, som ikke blev uddybet yderligere. Den tidlige konsultation blev givet inden for tre måneder efter screening. Efter et års opfølgning fandt forfatterne positive effekter af konsultationen målt på virksomhedens data over sygefravær.

5.7.1.1 Vurdering af evidensniveau

Selvom tidlige indsatser ikke var en afgrænset indsatstype, vurderede jeg, at den fortjente et selvstændigt afsnit. Det skyldtes, at der lovgivningsmæssigt er fokus på tidlige indsatser (Sieling-Monas, 2018).

Jeg vurderede, at der var indikation på positive effekter for personer med psykisk sygdom på grund af resultaterne fra to af de tre inkluderede studier, af mellem-høj kvalitet. Vurderingen har dog flere væsentlige forbehold, fordi tidlige indsatser var metodisk svære at afgrænse. Det forholder jeg mig yderligere til i afsnit 6.2.2.1.

Tabel 26

| Tidlige indsatser | | | | | |
|--|---------------------|-------------------|--|---|---|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Discus 2014 i Jacobi & Gahrn 2019 | Kontrolleret forsøg | Mellem | Sygedagpenge-modtagere eller ledige visiteret til fleksjob | Tidlig og tværfaglig afklaring mv. | Primært positive effekter, særligt for sygemeldte med lettere stress eller depression |
| Rehwald, Rosholm & Rouland 2016 i Sieling-Monas 2018 | RCT | Mellem | Sygemeldte, herunder personer med psykiske lidelser | Tidlig brug af aktiveringsredskaber, delvis raskmelding og fysisk træning | Negative effekter |
| Borg 2010 og Kant et al 2008 i Borg 2010 | Bog og udvalgt RCT | Høj samt mellem | Personer med mentale helbredsproblemer | Generelt tidlig opsporing Konsultation hos arbejdsmediciner i RCT | Positive effekter |

Der var hovedsageligt tale om indirekte vurderinger af primærstudier beskrevet i reviews og en bog. Derfor var det vanskeligt at vurdere evidensniveauet.

Studiet af Discus 2014 i Jacobi & Gahrn 2019 var et relativt stort forsøg (N=2.827) i 14 danske kommuner, og jeg vurderede kvaliteten til mellem. Studiet var ikke randomiseret, og det var ikke tydeligt, hvordan interventions- og kontrolkommuner blev udvalgt. Derudover beskrives det, at der var et lavt antal deltagere i nogle kommuner.

Rehwald, Rosholm & Rouland 2016 i Sieling-Monas 2018 blev vurderet til mellem kvalitet, fordi der var tale om et RCT, men uden beskrivelser af forsøgsdesignet. Kontrolgruppen blev beskrevet som personer, der modtog en standardindsats i jobcentrene, men der manglede beskrivelser af randomiseringen og blindingen. Til gengæld anvendte de flere effektmål som overgang til beskæftigelse eller offentlige ydelser.

Der manglede også beskrivelser af forsøgsdesignet samt om kontrolgruppen modtog en intervention i Kant et al 2008 i Borg 2010. Kvaliteten blev vurderet til mellem, hvilket bl.a. skyldes, at forfatterne gennemførte en intention-to-treat analyse. Som sagt kan det være problematisk at analysere personer som deltagere i en intervention, hvis de reelt ikke har deltaget.

Endeligt blev Borg 2010 vurderet til at være af høj kvalitet. Der var tale om en litteratursøgning i seks videnskabelige databaser, som blev suppleret med kontakt til en lang række aktører for at indhente yderligere litteratur. Det drejede sig om samtlige danske kommuner, fagforeninger, arbejdsmedicinske klinikker mv. Ligeledes kvalitetsvurderede forfatterne de enkelte studier, og medtog i høj grad RCTs og metaanalyser.

5.7.2 Arbejdspladsbaserede indsatser

Arbejdspladsbaserede indsatser adskiller sig fra de øvrige indsatser, fordi de forudsætter, at der er en arbejdsplads at vende tilbage til efter sygemelding. De kan omfatte ændringer i fysiske rammer, nedgang i arbejdstid, ændringer i arbejdsopgaver, brug af hjælpemidler mv. (Høgelund, 2012).

I forbindelse med arbejdspladsbaserede indsatser omtalte flere reviews ofte personorienterede indsatser som kognitiv adfærdsterapi (KAT). Derfor gennemgås personorienterede indsatser (primært KAT) også i dette afsnit, hvor jeg gennemgår resultater fra fem reviews og én bog.

5.7.2.1 KAT

Andersen et al 2019 gennemførte et review af 32 studier om indsatser til at nedbringe sygefravær. De inkluderede studier af KATs effektivitet til at fastholde personer med psykiske problemer i arbejde. De vurderede, at der var modstridende viden fordi fire studier fandt positive effekter, og syv studier fandt ingen effekter. To af studierne var danske RCTs, som begge fandt positive effekter for personer med stresslidelser, sammenlignet med kontrolgrupper der ikke beskrives nærmere.

Det ene RCT fandt en 1,6 gange større overgang til beskæftigelse efter 44 uger, blandt personer som modtog individuel beskæftigelsesrettet KAT (Dalgaard et al. 2017 i Andersen et al 2019). Det andet RCT fandt, at gruppebaseret KAT reducerede antallet af selvrapporterede sygedage med 29% efter tre måneder (Willet et al 2011 i Andersen et al 2019).

5.7.2.2 Arbejdsplads- og personorienterede indsatser

Mortensen et al 2017 gennemførte et review af 13 studier om virksomheders fastholdelse af personer med arbejdsskader. De vurderede, at der var stærk evidens for, at KAT alene var utilstrækkeligt til at reducere sygefravær blandt personer ramt af stress, udbrændthed, angst eller depression. De anbefalede derimod KAT i kombination med arbejdsorienterede indsatser, hvilket de underbyggede med henvisning til en metaanalyse af 481 primærstudier (Joyce 2016 i Mortensen et al 2017). De konkluderede, at KAT er effektiv, når den ikke blot fokuserer på symptomreducing, men tager udgangspunkt i arbejdspladsen – at sygemeldte f.eks. vender gradvist tilbage til arbejdet på baggrund af terapien.

Eplov & Korsbek 2012 analyserede 27 studier af arbejdsmarkedsindsatser for personer med affektive lidelser eller angstsygdomme. De konkluderede også, at det er hensigtsmæssigt at kombinere personorienterede indsatser med arbejdspladsorienterede indsatser. I den forbindelse beskrev de et amerikansk RCT, som sammenlignede ti ugers arbejdspladsorienteret KAT hos en terapeut med en lignende computerbaseret indsats, og en indsats bestående af guidede afslapningsøvelser (Greist 2002 i Eplov & Korsbek 2012). Sidstnævnte fungerede som en kontrolgruppe, og studiepopulationen havde en obsessiv-kompulsiv tilstand. Forfatterne fandt positive effekter for begge interventionsgrupper målt på graden af sygdomssymptomer, og på den selvvaluerede arbejdsevne. Effekten var størst ved arbejdspladsorienteret KAT hos en terapeut.

Borg 2010 identificerede fem RCTs af kombinerede person- og arbejdspladsorienterede indsatser. Forfatteren konkluderede, at indsatserne øgede sandsynligheden for tilbagevenden til beskæftigelse blandt sygemeldte med mentale helbredsproblemer som stress eller depression. Personorienterede indsatser kunne være KAT eller anden træning i stress- eller konflikthåndtering. Arbejdspladsorienterede indsatser kunne være inddragelse af eksperter i arbejdsmiljø i tilpasningen af vedkommendes arbejdsforhold.

Høgelund 2012 præsenterede tre hollandske RCTs af sygemeldte med stress og depressionslidelser (Bonk et al 2006, Schene et al 2007; Van der Klink et al 2003 i Høgelund 2012). I studierne blev personorienterede indsatser, som KAT eller psykiatrisk stressbehandling, kombineret med ændringer af arbejdsforhold som gradvis tilbagevenden til arbejde. Samtlige studier fandt positive effekter målt på tid til tilbagevenden til arbejde, sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper. Interventionerne for kontrolgrupperne i de enkelte studier bestod af konsultationer hos en praktiserende læge, en bedriftslæge eller psykiatrisk behandling.

Mikkelsen & Rosholm 2018 gennemførte et review og en metaanalyse af RTW-indsatser for sygemeldte med lettere psykiske lidelser, stressrelaterede lidelser, somatoforme lidelser og personlighedsforstyrrelser. De konkluderede, at indsatser med kontakt til arbejdspladsen var effektive til arbejdsfastholdelse på baggrund af 34 RCTs samt 8 kontrollerede forsøg. Det kunne være i form af kontakt mellem den sygemeldte, arbejdsgiveren og jobcentermedarbejderen, eller indsatser med gradvis tilbagevenden kombineret med KAT.

5.7.2.3 Vurdering af evidensniveau

Jeg vurderede, at der var stærk evidens for, at kombinationer af person- og arbejdspladsorienterede indsatser var effektive til at få personer med psykisk sygdom tilbage i beskæftigelse. Det skyldtes at tre reviews af mellem-høj kvalitet, samt en bog (review) af høj kvalitet alle fandt positive effekter. Omvendt var der modstridende viden om effekten af KAT som enkeltstående indsats, fordi der på baggrund af tre reviews af mellem-høj kvalitet var modstridende fund.

Tabel 27

| Arbejdspladsbaserede indsatser | | | | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|--|---|-------------------|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Høgelund 2012 | Review | Mellem-høj | Sygemeldte med mentale helbredsproblemer som stress eller depression | Kombinerede person- og arbejdspladsorienterede indsatser | Positive effekter |
| Mikkelsen & Rosholm 2019 | Review | Høj | Sygemeldte med lettere psykiske lidelser, stressrelaterede lidelser samt somatoforme og personlighedsforstyrrelser | Indsatser med kontakt til arbejdspladsen | Positive effekter |
| Borg 2010 | Bog | Høj | Personer med mentale helbredsproblemer som stress eller depression | Kombinerede person- og arbejdspladsorienterede indsatser | Positive effekter |
| Andersen et al 2019 | Review | Mellem-høj | Personer med mentale helbredsproblemer | Forskellige versioner og kombinationer af bl.a. KAT | Modstridende fund |
| Mortensen et al 2017 | Review | Mellem- høj | Personer med psykiske helbredsproblemer | Forskellige versioner og kombinationer af bl.a. kognitiv- adfærdsterapi (KAT) | Positive effekter |
| Eplov og Korsbek 2012 | Review | Høj | Personer med affektive lidelser eller angstsygdomme | Forskellige versioner og kombinationer af bl.a. kognitiv- adfærdsterapi (KAT) | Positive effekter |

Kun Mikkelsen og Rosholm 2019 var et peer reviewed studie, og det blev vurderet til at være af høj kvalitet. Forfatterne inkluderede 42 studier (34 RCTs) og gennemførte en metaanalyse med data fra 32 af studierne. De foretog en bred litteratursøgning i seks videnskabelige databaser, og samtlige studier blev udvalgt på baggrund af en tretrinnsproces. Uafhængigt af hinanden gennemlæste to forskere først abstracts, derefter fulde studier, og til sidst litteraturlister. Gennem løbende diskussion opnåede de konsensus om den endelige udvælgelse af studier. Derudover vurderede de kvaliteten af studierne bl.a. efter randomiseringen, og efter, om der blev foretaget bortfaldsanalyser.

Eplov og Korsbek 2012 blev også vurderet til at være af høj kvalitet. De søgte bredt i syv videnskabelige databaser og havde som Mikkelsen MB og Rosholm 2019 en systematisk tilgang til udvælgelsen af studier. De opstillede inklusions- og eksklusionskriterier for både studietyper (udvælges efter relevans, men kvalitetsvurderes efter studietype og risiko for bias), populationer (angst eller affektive sindslidelser) og interventioner (både forebyggende, men også for personer der aldrig har været i beskæftigelse). To forskere udvalgte ligeledes de endelige studier efter at have foretaget individuelle vurderinger.

De øvrige reviews blev alle vurderet til at være at mellem-høj kvalitet. Selvom Andersen et al 2019 foretog en grundig litteratursøgning i ti videnskabelige databaser, samt på fem forskningsinstitutioners hjemmesider, manglede der detaljer om deres metode. De var ikke tydelige om, hvordan de konkret udvalgte studier, og de præsenterede kun eksempler på søgeord. Til gengæld kvalitetsvurderede de studier efter deres risiko for bias.

Omvendt var Mortensen et al 2017 meget tydelige omkring deres valg af søgeord, og havde ligesom Mikkelsen & Rosholm 2019 en systematisk flertrins tilgang til udvælgelsen, og vurderingen af endelige studier. F.eks. lod de sig inspirere af GRADE-anbefalingerne, hvilket betød, at de vurderede evidensgrundlaget ud fra relative fordelinger af studier med positive, ingen eller negative fund. Til gengæld søgte forfatterne primært efter litteratur i PubMed, og har derfor muligvis overset studier af beskæftigelsesindsatser, der ikke var tilgængelige i PubMed.

Se vurderingerne af Høgelund 2012 og Borg 2010 i de tidligere afsnit 5.6.1.2 og 5.7.1.1.

5.7.3 Tværfaglige indsatser

Tværfaglige indsatser kan opdeles efter, om de foregår inden for ét eller mellem administrative systemer (Høgelund 2012). Ligesom tidlige indsatser, er tværfaglige indsatser også metodisk svære at afgrænse, fordi de kan udgøres af samarbejde mellem forskellige kombinationer af aktører. Derfor beskriver jeg effektstudier, hvor den tværfaglige indsats udføres både inden for, og mellem administrative systemer. Til sidst kommenterer jeg rehabiliteringsteams samt ressource- og jobafklaringsforløb. Herunder gennemgår jeg resultater fra et review, et RCT og to konsulent-rapporter.

Høgelund 2012 vurderede, at der var modstridende viden om beskæftigelsesindsatser for sygemeldte, som involverede samarbejde med sundhedssystemer. Han vurderede dog, at psykologbehandling til sygemeldte med psykiske lidelser havde positive effekter, når de var del af en arbejdspladsorienteret indsats. På baggrund af fem reviews og 27 enkeltstudier fandt Høgelund 2012 til gengæld ikke en overvægt af studier med positive eller negative beskæftigelseseffekter af tværfagligt samarbejde på tværs af administrative systemer. Et dansk RCT i seks danske kommuner randomiserede 836 sygemeldte med symptomer på psykisk sygdom til en interventions- og en kontrolgruppe (Søgaard & Bech 2009 i Høgelund 2012). Kontrolgruppen blev ikke præsenteret, men interventionen bestod først af en psykiatrisk diagnosticering, som efterfølgende blev overleveret til en alment praktiserende læge, og en kommunal sagsbehandler.

Formålet var at koordinere henvisning til psykiatrisk behandling med en eventuel tilpasning af arbejdsforhold. Deltagerne blev fulgt op til 475 dage, men der blev ikke fundet en effekt på årsagen til sygedagpengeophør.

Høgelund & Epløv 2018 undersøgte effekten af en tværfaglig indsats i et jobcenter (inden for et administrativt system). 244 sygemeldte med psykiske lidelser blev randomiseret til en interventions- eller kontrolgruppe efter om deres fødselsår var lige eller ulige. Kontrolgruppen modtog sædvanlig sygedagpengeopfølgning. Udover normal sygedagpengeopfølgning modtog interventionsgruppen en tværfaglig indsats mellem første og andet opfølgningsskifte. Den sygemeldte mødtes med en sagsbehandler, en psykiater og en jobcoach på jobcenteret, og de udarbejdede i fællesskab en TTA-plan. Deltagerne blev fulgt mellem 15,5 – 24,5 måneder, men forfatterne fandt ingen forskel mellem grupperne målt på varighed af sygedagpengeperiode eller overgang til beskæftigelse. De vurderede, at deres resultater var i overensstemmelse med, at tidligere studier også fandt blandede resultater.

I afsnit 5.7.4 om IPS vender jeg tilbage til en anden type tværfaglig indsats, som i Høgelund 2012's forstand kan betragtes som en indsats inden for et administrativt system. Først knytter jeg en række kommentarer til rehabiliteringsteams samt ressource- og jobafklaringsforløb herunder.

5.7.3.1 Rehabiliteringsteams, ressource- og jobafklaringsforløb

Rehabiliteringsteams er tværfaglige inden for et administrativt system. De består nemlig af medarbejdere fra beskæftigelses- og socialområdet og en regional sundhedskoordinator, som mødes i jobcentre og behandler sager om ressource- og jobafklaringsforløb, fleksjob og førtidspension. I afsnit 1.2 præsenterede jeg de indsatser som rehabiliteringsteams typisk indstiller ledige til i ressource- og jobafklaringsforløb. Størstedelen er gennemgået i de tidligere afsnit. Af et begrænsningshensyn foretog jeg ikke komplette effektvurderinger af forløbene, men de var begge relevante at belyse: Over 60% af personer i ressourceforløb modtager nemlig behandling for psykiske lidelser, inden for en femårig periode før forløbets begyndelse (Vej Toft, 2016), og 55% af borgere i jobafklaringsforløb har en eller flere psykiske lidelser (Deloitte, 2017a).

I begge forløb har den ledige en koordinerende sagsbehandler, og hensigten er at udvikle arbejdsevnen gennem en helhedsorienteret indsats (Deloitte, 2017a, 2017b). Et ressourceforløb kan vare fra et til fem år, og er et individuelt tilrettelagt forløb, som tilbydes til personer i risiko for at modtage førtidspension. Et jobafklaringsforløb kan maksimalt vare to år, og tilbydes til personer, som ikke kan få forlænget retten til sygedagpenge (STAR, 2020f). Målgruppen til jobafklaringsforløb er bredere. De kan bestå af sygemeldte, som enten har behov for behandling eller en tværfaglig indsats. Personer i ressourceforløb har per definition komplekse problemer, som man forsøger at løse med en længerevarende, tværfaglig indsats. I et jobafklaringsforløb skal jobcenteret desuden løbende vurdere uarbejdsdygtigheden, og forløbet afsluttes, hvis personen ikke længere vurderes uarbejdsdygtig (CabiWeb, 2020)

To konsulentfirmaer har lavet evalueringer af ressource- og jobafklaringsforløb, som giver et indblik i forløbenes potentielle effekt på overgang til beskæftigelse. Madsen 2016 undersøgte 600 ressourceforløb for personer under 40 år. Et halvt år efter afslutning, var 30% i job eller uddannelse. Heraf var 21% i fleksjob, 5% i ordinær beskæftigelse og 3% på SU. Tilsvarende undersøgte Deloitte 2017a 13.043 afsluttede jobafklaringsforløb. Tre måneder efter afslutning var 26% i beskæftigelse og 11% selvforsørgende på anden vis, mens 6% overgik til ressourceforløb.

Begge evalueringer var rent deskriptive, og på den baggrund kan det ikke udledes, om forløbene skulle være mere effektive end andre indsatser.

5.7.3.2 Vurdering af evidensniveau

På baggrund af et RCT og et review af mellem-høj kvalitet vurderede jeg, at der var modstridende viden om effekterne af tværfaglige indsatser.

Tabel 28

| Tværfaglige indsatser | | | | | |
|------------------------------|-------------------|--------------------------|--|--|---|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Høgelund 2012 | Review | Mellem-høj | Sygemeldte med mentale helbredsproblemer | Generelt om tværfaglige indsatser | Indikation på positive effekter |
| Høgelund & Eplov 2018 | RCT | Mellem | Sygemeldte med mentale helbredsproblemer | Kombineret indsats mellem sagsbehandler, psykiater og jobcoach | Ingen effekt |
| Deloitte 2017a | Konsulentrapport | Lav-mellem | Deltagere i jobafklaringsforløb | Jobafklaringsforløb | 26% opnår beskæftigelse og 11% er selvforsørgende |
| Madsen 2016 | Konsulentrapport | Lav | Deltagere i ressourceforløb | Ressourceforløb | 30% kommer er i job eller uddannelse. |

Kun Høgelund & Eplov 2018 var et peer reviewed studie, og det blev vurderet til at være af mellem kvalitet. Randomiseringen af studiedeltagerne blev foretaget efter fødselsår, og derfor var der muligvis problemer med blindingen af forskerne og jobcentermedarbejdere. Desuden behandlede nogle sagsbehandlere både sager for interventions- og kontrolgruppen. Forskerne fandt også, at deltagere i interventionsgruppen oftere besøgte en praktiserende læge. Det kan vidne om, at kontrolgruppen gennemsnitligt var sundere, hvorfor effekten af interventionen kan være underestimeret.

Både Deloitte 2017a og Madsen 2016 var evalueringsrapporter udarbejdet af konsulentfirmaer. Selvom Deloitte 2017a anvendte flere datakilder (surveys i jobcentre, interviews af borgere og aktører i kliniske funktioner, registerdata fra DREAM mv.), var der primært tale om en deskriptiv undersøgelse. Derfor blev kvaliteten vurderet til lav-mellem. Kvaliteten af Madsen 2016 blev vurderet til lav, fordi der var tale om en deskriptiv undersøgelse udelukkende baseret på data fra DREAM.

Se vurderingen af Høgelund 2012 i afsnit 5.6.1.2.

5.7.4 IPS

Individual Placement and Support eller Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS), er en form for støttet beskæftigelse udviklet til personer med svær psykisk sygdom. Metoden gør op med en antagelse om, at genoptræning i beskyttede miljøer skal facilitere indtræden på arbejdsmarkedet. I stedet fokuserer man på hurtig indtræden på arbejdsmarkedet ved samtidig brug af støtte og udvikling af færdigheder (Jensen & Andersen 2012).

IPS' effekter bliver gennemgået herunder på baggrund af et review/metaanalyse og to RCT's. Jeg inddrager også et kvalitativt studie til at beskrive metoden.

IPS er oprindeligt udviklet i en amerikansk kontekst (Jacobi & Gahrn, 2019), og baseres på syv principper (Bonflis, 2015):

1. Alle der ønsker at deltage i programmet kan gøre det
2. IPS er en integreret del af den psykiatriske behandling
3. Målet er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked
4. Vejledning om sociale ydelser og arbejde er vigtigt
5. Jobsøgning starter hurtigt efter inkludering i programmet
6. Støtten under beskæftigelse varer så længe, der er behov for det
7. Indsatsen er baseret på deltagerens egne præferencer og valg

I IPS er beskæftigelsesrettede tiltag en integreret del af behandlingen, men i Danmark er der tale om en samarbejdsmodel (Bonflis, 2015). Kommunale jobkonsulenter placeres i distriktpsychiatrien, som hører under den regionale behandlingspsykiatri. Jobkonsulenten og behandleren samarbejder om borgerens jobmål. Den danske udgave adskiller sig altså fra den amerikanske, hvor IPS-medarbejdere er ansat i behandlingspsykiatrien.

IPS-konsulenten har ofte kontakt til brugeren inden for 24 timer efter optagelse i programmet. Konsulenten skal opbygge en individuelt tilpasset tilgang til brugeren. Hvis brugeren accepterer, skal IPS-konsulenten koordinere indsatser mellem aktører i jobcenter, uddannelsesvæsen, behandlingspsykiatri og virksomheder (ibid). Det kan være gennem fælles møder med aktører fra hver sektor, eller ved, at IPS-konsulenten kontakter virksomheder, og faciliterer adgang til offentlige ordninger som løntilskud i private virksomheder.

En del af metoden består af løbende, eksterne målinger af, hvor præcist en indsats lever op til principperne (ibid). Målingerne udføres på en 21-itenskala, hvor hvert item kan antage værdier mellem 0-5. Herfra beregnes en samlet "fidelity-score" som maksimalt kan nå 105 point (Hellström et al., 2017). Skalaen er udviklet i en amerikansk kontekst, hvilket kan skabe udfordringer i implementeringen til en dansk kontekst. Et af kriterierne er f.eks., at IPS-konsulenten har adgang til behandlingsjournalen, hvilket ikke er muligt i Danmark.

5.7.4.1 Effekter af IPS

Modini et al. 2016 undersøgte om de positive amerikanske resultater af IPS for sygdomme som skizofreni, bipolare lidelser og svær depression, kunne generaliseres på tværs af lande med forskellige økonomiske vilkår og beskæftigelses- og sundhedssystemer. De foretog et review af 19 RCTs, hvoraf fire var gennemført i Asien og Australien, seks i Europa og ni i Nordamerika, men ingen i Danmark. Studierne havde moderate til høje fidelity-scores, og 17 studier indgik i en metaanalyse. IPS blev sammenlignet med standardindsatserne i de enkelte studier, og effekten blev målt på overgang til beskæftigelse. De fandt, at IPS-brugere havde en relativ risiko (RR) på 2.40 (95% CI 1.99-2.90) for at opnå beskæftigelse sammenlignet med deltagere i standardindsatser. Derudover udførte de tre andre analyser for at afgøre om resultaterne varierede over geografisk område, arbejdsløshedsrate, og udvikling i BNP. Arbejdsløshedsraten og BNP var målt som den gennemsnitlige, årlige udvikling over de år, studierne blev gennemført i. Ingen af de tre forhold kunne forklare heterogenitet på tværs af studier. Effekten af IPS var til gengæld størst hvor BNP-udviklingen var størst, men selv ved lav BNP-udvikling, var IPS stadig signifikant bedre end standardindsatserne.

I et dansk RCT blev 720 deltagere med skizofreni, bipolar sindslidelser og tilbagevendende depression randomiseret til to interventions- og én kontrolgruppe (Christensen et al., 2019; Christensen & Epløv, 2018). Forsøget løb over 18 måneder, og deltagerne blev rekrutteret fra distriktspsykiatriske centre. Én forsøgsgruppe modtog IPS, og en anden modtog en modificeret version kaldet IPSE. I IPSE blev computerbaseret kognitiv og social træning tilføjet til indsatsen, fordi tidligere studier fandt, at det kunne forstærke effekten. Kontrolgruppen modtog andre aktive indsatser (f.eks. VO eller mentorstøtte). Til IPSE udviklede de en modificeret fidelity-måling, som målte kerneelementerne i interventionen. Begge interventioner blev vurderet til at have moderate-høje fidelity scores gennem forsøget. Udfaldsmålene var tid i beskæftigelse, samt målinger af helbredspåvirkninger. De blev målt via kombinationer af data fra DREAM, selvrapporterede timer under uddannelse, samt validerede skalaer for helbredspåvirkninger.

Deltagerne i IPS- og IPSE-gruppen arbejdede eller studerede i gennemsnit 410 og 488 timer over perioden, hvorimod deltagerne i kontrolgruppen arbejdede eller studerede i 340 timer. Forskellen var signifikant mellem IPSE-gruppen og kontrolgruppen, men ikke mellem IPS- og kontrolgruppen (pga. Bonferroni-korrektion). Når IPS- og IPSE-grupperne blev slået sammen, var forskellen signifikant, men de fandt ingen forskelle mellem IPS og IPSE. Både IPS- og IPSE-grupperne kom hurtigere i arbejde eller under uddannelse end kontrolgruppen. Desuden blev der ikke fundet forskelle mellem grupperne på målinger af depressive og psykotiske symptomer, samt mål for kognitiv funktion. Derfor konkluderede de, at IPS og IPSE ikke forværede sygdomssymptomer.

Andre forfattere undersøgte om IPS var effektiv i en population af 326 sygemeldte danskere med humør- eller angstlidelser (Hellström et al., 2017). De sammenlignede IPS med en kontrolgruppe, som modtog blandinger af VO, VI mv. De anvendte en modificeret version af IPS, kaldet IPS-MA som blev baseret på fem services: individuel mentorstøtte, koordination af indsatser, karriererådgivning, hjælp til privatøkonomi og kontakt til arbejdsgivere. De omtalte IPS-konsulenten som en mentor, der i fællesskab med brugeren udarbejdede en plan baseret på mål, ressourcer, faglige udfordringer, sociale relationer og fritidsaktiviteter. Deltagerne modtog behandling flere steder som hos egen læge eller hos private psykologer/psykiatere. Derfor samarbejdede mentoren og behandleren, uden at være placeret samme sted rent fysisk.

De udviklede selv fidelity-mål og scorede 100 eller over i fire målinger. Efter 24 måneder fandt de ikke en signifikant forskel på hverken andele eller antal uger i arbejde eller under uddannelse, målt via data fra DREAM. De fandt heller ingen forskelle mellem symptomer relateret til depression, angst eller velbefindende målt med validerede skalaer.

5.7.4.2 Vurdering af evidensniveau

Jeg vurderede, at der var stærk evidens for, at IPS var effektivt til at få personer med svære psykiske sygdomme i beskæftigelse. Et review/metaanalyse, og et RCT af mellem-høj kvalitet, fandt nemlig positive effekter herpå. Omvendt vurderede jeg, at der var usikker viden for humør- og angstlidelser. Det skyldtes, at et RCT af mellem kvalitet ikke fandt nogle effekter, og fordi der muligvis var implementeringsproblemer – det studie vender jeg tilbage til i afsnit 6.2.1.2.3.

Tabel 29

| <i>IPS</i> | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------|---|--|--|
| Forfattere (årstal) | Studiotype | Studiets kvalitet | Befolknings-type | Indsats | Resultater |
| Bonflis 2015 | Kvalitativt studie | Mellem-høj | IPS-ledere og medarbejdere | Implementering af IPS i DK | IPS implementeres overordnet godt i DK, men der kan bl.a. være problemer i DK's generelle sektoradskillelse mellem behandling og beskæftigelse |
| Modini et al 2016 | Review og metaanalyse | Høj | Deltagere i IPS | IPS vs. standard-indsats på tværs af kontinenter | Positiv effekt |
| Christensen & Eplov 2018 samt Christensen et al 2019 | RCT | Mellem-høj | Personer med alvorlige sindslidelser | IPS og IPSE vs. standard-indsats | Positiv effekt Ingen indikation af forværring af symptomer eller andre negative konsekvenser. |
| Hellström et al. 2017 | RCT | Mellem | Sygemeldte med humør- eller angstlidelser | IPS-MA vs. standard-indsats | Ingen effekt |

Bonflis 2015 blev vurderet til mellem-høj kvalitet. Modsat de øvrige studier var de tale om et kvalitativt studie, som ikke var peer reviewed. Forfatteren foretog en praksisnær analyse af mulige implementeringsproblemer ved IPS. Hun brugte interviews med ledere og medarbejdere og deltagerobservationer til IPS-teammøder. Til gengæld inkluderede hun ikke deltagerperspektiver, hvilket kunne have nuanceret eventuelle implementeringsproblemer.

Modini et al 2016 blev vurderet til at være af høj kvalitet. Der var bl.a. tale om en metaanalyse af 17 studier, hvori forfatterne analyserede, om en positiv effekt af IPS statistisk set kunne prædiktes af den geografiske region studiet blev gennemført i. Desuden gennemførte de en analyse af, om deres estimater var påvirket af publication bias (funnel plot), men fandt ikke tegn herpå. Det var en ulempe, at de enkelte studier i metaanalysen havde varierende definitioner af, hvornår en deltager havde opnået ordinær beskæftigelse (varierede mellem ansættelser i minimum en dag til en måned).

Christensen & Epløv 2018 og Christensen et al 2019 var en upubliceret og en publiceret (peer reviewed) version af det samme studie, og jeg vurderede kvaliteten som mellem-høj. Randomiseringen blev foretaget via et computerprogram og forskerne var blinde for, hvilke deltagere der udgjorde interventions- og kontrolgruppen. Forfatterne anvendte dog en intention-to-treat analyse, og selvom studiet generelt ønskede at studere svære psykiske lidelser, var størstedelen af deltagerne diagnosticeret med skizofreni (75%).

Endelig var Hellström et al. 2017 også et peer reviewed studie af mellem kvalitet. Selvom studiet havde samme fremgangsmåde til randomisering og blinding som Christensen et al 2019, var der tale om et lavt antal studiedeltagere (N=326). 43 deltagere måtte senere ekskluderes, fordi man opdagede, at de var i beskæftigelse ved forsøgets start. Desuden foretog forfatterne også en intention-to-treat analyse.

5.8 Opsummering af fund

I de statistiske analyser sammenlignede jeg effekter af psykisk med fysisk sygdom i et jobcenterforløb. Ved en overordnet betragtning af aktuelle og tidligere forløb fandt jeg ikke en entydig retning i, om **sygdomstypen** statistisk set kunne prædiktere **varigheden**. Når jeg alene betragtede de tidligere forløb, var der dog tegn på en association. Her varierede OR for langtidsledighed mellem 2,47-3,25 for personer med psykisk sygdom, afhængigt af hvilken variabelgruppe jeg justerede for.

Det tydede på, at personer med psykisk sygdom oplevede en større **forbedring af helbred** og **livskvalitet** i jobcenterforløbene. **Sygdomstypen** kunne statistisk set prædiktere begge udfald i samtlige analyser, hvor OR varierede mellem 1,65-4,10 for **forbedring af helbred**, og 2,23-2,64 for **forbedring af livskvalitet**, afhængigt af hvilken variabelgruppe jeg justerede for.

Det kan virke intuitivt modstridende, at jeg også fandt tendenser til, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for at opleve en **forværring af helbred** (OR=2,05-2,25). For både de aktuelle og tidligere forløb var tendensen enten, at **sygdomstypen** overordnet var signifikant, men at forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom var insignifikant. Eller også var **sygdomstypen** insignifikant, men forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom var signifikant (i de fuldt justerede modeller). Til gengæld fandt jeg ikke tegn på en association mellem **sygdomstypen** og **forværring af livskvalitet**.

Jeg gennemgik også effektstudier af aktive beskæftigelsesindsatser og fokuserede på personer med psykisk sygdom. Resultaterne kan opdeles efter 1) indsatstyper, hvor jeg fandt positive beskæftigelseseffekter 2) indsatstyper, hvor jeg fandt modstridende eller negative beskæftigelseseffekter, og 3) indsatstyper, hvor der manglede evidens for personer med psykisk sygdom. Ved brug af BMs videnshierarki vurderede jeg for 1), at der var stærk evidens for arbejdspladsbaserede indsatser og IPS. For 2) fandt jeg studier med modstridende beskæftigelseseffekter af tidlige og tværfaglige indsatser samt samtaler. For 3) fandt jeg ikke studier, der omhandlede beskæftigelseseffekter af VO, VI og mentorstøtte for personer med psykisk sygdom.

Arbejdspladsbaserede indsatser som gradvis tilbagevenden til arbejde, var særligt effektive til jobfastholdelse når de blev kombineret med personorienterede indsatser som KAT for personer med stress, udbrændthed, depression, angst, personlighedsforstyrrelser, somatoforme lidelser og OCD. For IPS var der stærk evidens for, at metoden var brugbar for overgang til beskæftigelse blandt personer med alvorlige psykiske lidelser som skizofreni, bipolar sindslidelse og tilbagevendende depression.

6. Diskussion

På grund af specialets todelte formål, er de følgende afsnit opdelt i diskussioner af de statistiske analyser, og diskussioner af de gennemgåede effektstudier. Indsigter fra de to områder supplerer dog hinanden, hvilket jeg omtaler undervejs. Indledningsvist diskuterer jeg fund fra de statistiske analyser, og inddrager relevant litteratur. Jeg fokuserer først på analyserne af jobcenterforløbenes **varighed**, hvorefter jeg foretager en samlet betragtning af jobcenterforløbets **påvirkninger af helbred og livskvalitet**. Derefter diskuterer jeg effektstudierne af den aktive beskæftigelsesindsats efter den beskrevne opdeling i 1), 2) og 3). Herunder har jeg tre primære diskussionspunkter, som jeg gennemgår for hver indsatsstype: a) studierne målgrupper, b) indsatser og definitioner og c) tidshorisonter og effektmål. Afslutningsvis diskuterer jeg specialets metodiske begrænsninger.

6.1 Diskussion af statistiske analyser

Da jeg ikke fandt studier, som sammenlignede personer med psykisk eller fysisk sygdom i et jobcenterforløb, foretog jeg indirekte sammenligninger med andre studier. Jeg nuancerede f.eks. analyserne af **varighed** med to danske RTW-studier, der sammenlignede ledige med forskellige psykiske lidelser. Jeg afgrænsede desuden diskussionen til at fokusere på resultaternes relevans for personer med psykisk sygdom. Det skyldtes et hensyn til specialets fokus på målgruppen, men også at psykisk sygdom i øvrigt er underbelyst i RTW-litteraturen, sammenlignet med mængden af studier af personer med bevægeapparatsproblemer (Nielsen et al 2011; Høgelund 2012; Borg 2010; Sieling-Monas 2018).

Det var altså et bevidst valg, og et begrænsningshensyn, at fokus for diskussionen var på personer med psykisk sygdom. Der var tegn på, at de havde de længste jobcenterforløb, den laveste beskæftigelsesgrad, og litteraturgennemgangen vidnede om, at personer med psykisk sygdom var underrepræsenterede i effektstudier af den aktive beskæftigelsesindsats. Bemærk, at den fulde formulering af variablene fremgår af tabel 7, men at variabelgrupperne er forkortet som følger: SODE: ”Sociodemografiske”, OFRJ: ”Oplevede forventninger af reaktioner fra jobcenter” og OIBS: ”Oplevet involvering og bekymringer om sagsforløb”.

Jeg har foretaget en individuel vurdering af de studier, jeg inddrager i diskussionen af resultaterne fra de statistiske analyser. Vurderingerne bliver præsenteret under afsnit 6.1.2.3 og 6.1.3.4, men for et kort overblik, se da tabel 30 herunder:

Tabel 30

| Studier, arbejdsspørgsmål 1 | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|---|--|--|
| Forfattere (årstal) | Studietype | Studiets kvalitet | Befolkningstype | Indsats | Resultater |
| Rode Larsen & Larsen 2018 | Tværsnit | Lav-mellem | Fysisk handicappede eller psykiske lidelser | Ingen | Forskellige beskæftigelses-sandsynligheder. |
| Line Mehlsen 2019 | Tværsnit | Lav | Fem ledigheds-grupper fra KBH | Jobcenterforløb | Generelt høj tilfredshed |
| Amilon og Andersen 2019 | Review | Mellem-høj | Ledige generelt | Jobcenterforløb (samt lignende forløb i andre lande) | Effektive sagsbehandlere og reduceret sagsmængde har betydning for at få folk i arbejde. |
| Nielsen et al 2011 | Kohorte | Mellem | Sygedagpenge-modtagere med selvrappede psykiske problemer (PS) fra KBH | Ingen | Depression øger ledighedsperiode sammenlignet med stress/udbrændthed |
| Bültman et al 2008 | Kohorte | Mellem-høj | Deltagere i den danske arbejdsmiljø-kohorte | Ingen | Svær depression øger HR for førtidspension |
| Laaksonen 2012 | Kohorte | Mellem | Pensionister og førtidspensionister med psykiske eller andre diagnoser. | Pension eller førtidspension | Psykofarmaka-forbrug stiger særligt meget for personer med psykisk sygdom inden førtidspension og falder derefter. |
| Øverland 2008 | Sammenligning af seks kohorter | Lav-mellem | Deltagere i det Hordaland Health Study | Tildeling af førtidspension | Helbredsstatus viser en U-formet tendens – værst omkring tildeling af førtidspension. |

6.1.2 Varigheden af et jobcenterforløb

Når jeg betragtede de tidligere forløb, vurderede jeg at der var tegn på, at personer med psykisk sygdom havde et længere jobcenterforløb end personer med fysisk sygdom. Bemærk at når omtaler ”modeller”, henviser jeg til de logistiske regressionsmodeller.

6.1.2.1 *Diskussion af fund*

En mulig forklaring på de forskellige fund i aktuelle og tidligere forløb er, at **varighed** havde forskellige betydninger i de to forløb. De tidligere forløb omhandlede afsluttede jobcenterforløb, og de aktuelle forløb et igangværende forløb. Når man betragtede de aktuelle forløb, var forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom muligvis utydelig, fordi forløbene ikke var afsluttede.

Flere nævneværdige forhold kan dog tale imod den fortolkning af resultaterne. For det første var der tale om en væsentligt større studiepopulation i de aktuelle end i de tidligere forløb (N=721 vs. N=287). Derfor er estimaterne mere usikre i sidstnævnte.

For det andet var der tale om en ujusteret association i én model for de tidligere forløb. Derfor kan associationen været forklaret af andre variable, som ikke var tilgængelige. Typen af passiv ydelse havde stor betydning i de aktuelle forløb ($p < 0,001$), og det var ikke muligt at tage højde for en lignende variabel i de tidligere forløb. Der indgik bl.a. deltagere på en ressourceforløbsydelse, og ressourceforløb varer op til fem år. Per definition kan ydelsen altså være del af multikausale netværk, som er tilstrækkelige til at afgøre varigheden af jobcenterforløb. Desuden blev **sygdomstypen** ekskluderet i den baglæns modelsøgning med OIBS-variable, selvom forskellen på fysisk og psykisk sygdom var signifikant forskellig ved justering for samtlige OIBS-variable.

For det tredje var 14,3% langtidsledige i de tidligere forløb mod 58,1% i de aktuelle. Dermed kan de fundne associationer i højere grad være et resultat af tilfældig variation i datagrundlaget for de tidligere, end for de aktuelle forløb. Det kan heller ikke udelukkes, at vigtige nuancer gik tabt ved at dikotomisere **varighed**.

For det fjerde viste litteraturstudiet af de aktive beskæftigelsesindsatser, at der var variationer mht., hvilke indsatser der var effektive til at tilknytte forskellige ledighedsgrupper til arbejdsmarkedet. Hvis de indsatser personer med fysisk sygdom deltog i, var særligt effektive til hurtig overgang til beskæftigelse, kan det være en del af forklaringen.

6.1.2.2 *Paralleller til andre studier*

Fundet af, at personer med psykisk sygdom havde et længere jobcenterforløb, var i overensstemmelse med Rode Larsen & Larsen 2018s fund af en lavere beskæftigessandsynlighed for personer med psykiske lidelser sammenlignet med personer med fysiske handicap. En væsentlig forskel mellem mine og Rode Larsen & Larsens 2018s analyser var, at de ikke undersøgte effekter af et jobcenterforløb. Derfor var der en vis begrænsning i overførbarheden, fordi jobcenterforløb hverken er en nødvendig eller tilstrækkelig årsag til at opnå beskæftigelse. Nogle personer kan have opnået beskæftigelse uden at have været i et jobcenterforløb, og nogle jobcenterforløb afsluttes uden at ledige opnår beskæftigelse.

Desuden justerede jeg for variable, som specifikt var relateret til oplevelser i jobcenteret og kunne ikke afgøre, om et jobcenterforløb førte til beskæftigelse eller ej. Ligeledes var det ikke muligt at medtage oplysninger om personlighedstræk som udadvendthed og emotionel stabilitet, hvilket forfatterne fandt var associeret med beskæftigelsessandsynligheden.

Variabelgrupperne ”oplevede forventninger og reaktioner fra jobcenteret” og ”oplevet involvering i og bekymringer om sagsforløb” blev medtaget som udtryk for forhold omkring sagsbehandlere og jobcentre. Amilon & Andersen 2019 vurderede, at sagsbehandlerens evne til at motivere den ledige havde betydning for, om vedkommende opnåede beskæftigelse eller ej. Som parallel fandt jeg en betydning af at have oplevet ydmygelse i både de tidligere og aktuelle forløb. Det kan tolkes som det modsatte af at blive motiveret, i hvert fald i en positiv forstand. I de aktuelle forløb indgik oplevelsen af ydmygelse i en interaktion med **sygdomstypen**. Jo højere grad af ydmygelse man oplevede på jobcenteret, dets højere odds havde personer med psykisk sygdom for at være langtidsledige. Det kan være udtryk for, at oplevelsen af ydmygelse særligt interagerer med psykisk sygdom i multikausale netværk, som er tilstrækkelige til, at et jobcenterforløb er langvarigt. På den måde kan oplevelsen af ydmygelse særligt medføre negative effekter for personer med psykisk sygdom, og deres evne/muligheder for at opnå beskæftigelse.

Overførbareheden mellem Amilon & Andersen 2019 og specialets fund er begrænset. De gennemgik studier af brede populationer fra kontanthjælps- til dagpengemodtagere, og ikke specifikt studier af personer med psykisk sygdom. Selvom mange af studierne var skandinaviske, kan der desuden være udfordringer i at sammenligne den danske beskæftigelsesindsats med andre landes. Danmark investerer betydeligt mere i den aktive beskæftigelsesindsats end andre OECD-lande (Finansministeriet, 2018) og i min egen gennemgang af effektstudier, var der landespecifikke forskelle for flere indsatstyper. Amilon & Andersen 2019 vurderede også, at en reduceret sagsmængde hos den enkelte sagsbehandler var af betydning for at få ledige i beskæftigelse. Sådanne forhold var ikke mulige at tage i betragtning i specialets analyser, fordi de inkluderede variable var udtryk for den lediges perspektiver på jobcenter og sagsbehandler.

6.1.2.2.1 Sværhedsgraden af psykisk sygdom er vigtig

To danske RTW-studier undersøgte mulige prædiktorer for, om personer med psykisk sygdom opnåede beskæftigelse eller førtidspension. Nielsen et al 2011 fandt, at sygemeldte med selvrapporteret depression i Københavns Kommune, var længere om at komme i beskæftigelse, end personer med selvrapporteret stress/udbrændthed. Bültmann et al 2008 undersøgte om deltagere fra den danske arbejdsmiljøkohorte med symptomer på svær depression, havde større risiko for at modtage førtidspension, end deltagere med ingen eller mildere symptomer på depression. De fandt, at symptomer på svær depression øgede sandsynligheden for at modtage førtidspension.

Der er en vis begrænsning i de to studiers overførbarhed, fordi Nielsen et al 2011 maksimalt belyste ledighedsperioder op til 52 uger, hvorimod de data jeg anvendte i mine analyser, også inddrog perioder på over ét år. Omvendt fulgte Bültmann et al 2008 studiepopulationen over ti år, men undersøgte et anderledes udfald (overgang til førtidspension).

Studierne illustrerer dog, at sværhedsgraden af sygdom kan have betydning for, hvor længe man er ledig. Derfor var der risiko for selektionsbias i mine analyser, hvis gruppen af personer med psykiske sygdomme f.eks. primært led af svær depression, imens gruppen af personer med fysiske sygdomme led af sygdomme med en bedre prognose for at opnå beskæftigelse. Samtidigt indikerer studierne, at sværhedsgraden af sygdom kan have betydning for, om sygdomstyper muligvis indgår i multikausale netværk, som er tilstrækkelige til, at et jobcenterforløb er langvarigt.

6.1.2.3 Vurdering af studiernes kvalitet

Rode Larsen & Larsen 2018 og Amilon & Andersen 2019 var studier foretaget af VIVE, og de var ikke peer reviewed. Rode Larsen & Larsen 2018 undersøgte en relativt stor studiepopulation (N=2.316) og inkluderede foruden demografiske faktorer også målinger af personlighedstræk. Til gengæld var der tale om en tværsnitsundersøgelse, og forfatterne var ikke tydelige om deres analytiske design. Kvaliteten blev vurderet til lav-mellem.

Amilon & Andersen 2019 var et review, og forfatterne systematiserede søgeord efter population, intervention og studiedesign, og foretog søgninger på flere sprog i 15 databaser. Derudover kvalitetsvurderede de samtlige studier efter deres vurderede risiko for bias, bl.a. baseret på studietypen. Til gengæld var der ikke klarhed om deres konkrete bedømmelses- og udvælgelseskræterier, og de gjorde både brug af publicerede og upublicerede studier. Kvaliteten blev vurderet til at være mellem-høj.

Nielsen et al 2011 var en peer reviewed kohorteundersøgelse, som bl.a. anvendte data fra DREAM. Depression var selv vurderet, og antallet af deltagere var moderat (N=644). Selvom de ønskede at undersøge RTW holistisk, inkluderede de primært demografiske variable. Til gengæld anvendte de Cox-regression, og udnyttede derfor den periode deltagerne bidrog med risikotid, selv hvis deltagere blev censureret f.eks. ved emigration fra Danmark. De oplyste dog ikke, om de testede modelantagelser. Kvaliteten blev vurderet til at være mellem.

Bültman et al 2008 var også en peer reviewed kohorteundersøgelse, men med et forholdsvist højt antal deltagere (N=5.106) og en lang tidshorisont (10 år). Undersøgelsen anvendte data fra både DREAM og fra den danske arbejdsmiljøkohorte, hvor depressionssymptomer blev målt med et valideret instrument. Selvom de beskrev, at de fortog en trinvist justeret analyse med Cox-regression, beskrev de ikke, om de testede modelantagelser. Studiets kvalitet vurderes til at være mellem-høj.

6.1.3 Helbred, livskvalitet og jobcenterforløb

Vurderingerne af helbreds- og livskvalitetspåvirkninger blev baseret på analyser af **forværringer** og **forbedringer** af både **helbred** og **livskvalitet**. Derfor forholder jeg mig først til spørgsmålene om forværring, og derefter spørgsmålene om forbedring, inden jeg foretager en samlet betragtning.

6.1.3.1 Forværring af helbred og livskvalitet

Der var ikke en entydig retning i analyserne af, om personer med psykisk sygdom havde højere odds for **helbredsforværring** end personer med fysisk sygdom. Selvom **sygdomstypen** havde signifikante associationer med helbredsforværringen i alle modeller for de aktuelle forløb, var forskellen mellem fysisk og psykisk sygdom ikke signifikant i to af modellerne. Efter modelsøgning med SODE- og OIBS-variable var der nemlig kun tale om tendenser til, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for helbredsforværring (hhv. $p=0,074$ og $p=0,06$). Omvendt blev **sygdomstypen** ekskluderet i alle tre modeller efter baglæns modelsøgning i de tidligere forløb. Her var forskellen mellem psykisk og fysisk sygdom til gengæld signifikant forskellig i to af de fuldt justerede modeller.

Ser man derimod på **sygdomstypens** betydning for **forværring af livskvalitet**, blev der indledningsvist fundet en korrelation i de tidligere forløb, men ikke i de aktuelle. Det var i overensstemmelse med Mehlsen 2019s, beskrivelse af, at nogle borgere tidligere havde negative oplevelser med jobcenteret, men at deres opfattelse af jobcenteret var blevet bedre. Associationen forsvandt dog ved brug af logistisk regression, og derfor kunne der ikke påvises en association mellem **sygdomstypen** og **forværring af livskvalitet**.

6.1.3.2 Forbedring af helbred og livskvalitet

Der var en entydig retning i analyserne af både **forbedring af helbred** og **livskvalitet**. I samtlige seks modeller for helbredsforbedring fandtes signifikante associationer med **sygdomstypen**. OR varierede mellem 1,67–2,24 i de aktuelle forløb, og mellem 3,21–4,10 i de tidligere forløb. Det vil sige, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for helbredsforbedring, end personer med fysisk sygdom.

For **forbedring af livskvalitet** blev analyserne kun foretaget for de aktuelle forløb på grund af resultatet af korrelationstesten. I samtlige regressionsmodeller fandtes signifikante associationer mellem **sygdomstypen** og oplevelsen af, at jobcenterforløbet **forbedrede livskvaliteten**. OR varierede mellem 2,23–2,64 i de enkelte modeller, hvorfor personer med psykisk sygdom havde højere odds for **livskvalitetsforbedring**, end personer med fysisk sygdom.

6.1.3.3 Paralleller til andre studier

Der var altså stærkest tegn på, at personer med psykisk sygdom gennemsnitligt oplevede større forbedringer af både **helbred** og **livskvalitet**, end personer med fysisk sygdom. Resultaterne strider derfor primært imod Overland et al 2008s fund af, at det mentale helbred blev forværret op til tildelingen af førtidspension blandt en vestnorsk studiepopulation. Det samme gælder Laaksonen et al 2012s fund af, at psykofarmakaforbruget steg særligt meget for personer med psykisk sygdom, lige inden tildelingen af førtidspension. Resultaterne gjaldt tidligere ansatte i Helsinki Kommune.

De to studier sammenlignede ikke psykisk med fysisk sygdom, og fokuserede begge på tildelingen af førtidspension. Overland et al 2008 målte psykiske helbreds­på­virkninger ved brug af en 14-itemsskala, hvorimod Laaksonen et al 2012 målte køb af psyko­farmaka. Det er be­grænset hvor overførbare målingerne er til specialets udfaldsvariable, som omvendt var baseret på globale (overordnede) spørgsmål om selv­vurderede oplevelser af helbreds- og livskvalitets­på­virkninger. Endeligt kan der være forskelle mellem det danske, norske og finske beskæftigelses­system. Arendt 2013 fandt f.eks. en overvægt af studier med ingen effekter på overgang til beskæftigelse som følge af jobsøgningskurser i Finland.

6.1.3.4 Vurdering af studiernes kvalitet

Både Overland et al 2008 og Laaksonen et al 2012 var peer reviewed kohortestudier. Laaksonen et al. 2012 havde et forholdsvist højt antal deltagere (N=7.005), men studiepopulationen var tidligere ansatte i Helsinki Kommune. Det er muligt, at der er karakteristika ved den studiepopulation, som ikke er generaliserbare til andre ledige. Kvaliteten blev vurderet til mellem.

Overland et al 2008 havde et moderat antal deltagere (N=1.087), men de foretog simple statistiske tests (z-test). På den måde kunne de ikke tage højde for potentielle confoundere i deres analyser, og derfor blev kvaliteten vurderet til lav-mellem.

Mehlsen 2019 var en deskriptiv tværsnitsundersøgelse baseret på skalaspørgsmål, og studiet var ikke peer reviewed. Forfatteren beskrev selv, at en del potentielle informanter ikke ønskede at deltage, fordi de var meget påvirkede af møder på jobcentrene. Studiets kvalitet vurderes til at være lav.

6.1.3.5 Diskussion af fund

Der kan være flere forklaringer på, at analyserne viste tegn på højere odds for helbredsforværringer, men stærkere tegn på højere odds for forbedringer blandt personer med psykisk sygdom. Det var ikke nødvendigvis de samme deltagere i studiepopulationen, som besvarede spørgsmål om forbedringer og forværringer. Nogle besvarede kun spørgsmål om forbedringer eller forværringer, mens andre besvarede begge. Spørgeskemaets design kan derfor være en del af forklaringen, fordi deltagerne ikke var begrænsede til at vælge enten/eller. På den måde blev retningerne i eventuelle associationer mindre simple, fordi nogle jobcenteraktiviteter muligvis blev oplevet som positive for helbred og livskvalitet, imens andre blev oplevet som negative.

En anden mulig forklaring er, at det ikke var muligt at belyse, hvilke jobcenteraktiviteter studiepopulationen deltog i. I et jobcenterforløb er det ikke givet, at man bliver henvist til et beskæftigelsesrettet tilbud (Deloitte, 2017b). Hvis personer med psykisk sygdom primært blev henvist til sundhedsrettede tilbud, og personer med fysisk sygdom primært til beskæftigelsesrettede tilbud, kan det være en del af forklaringen. Det er nærliggende at antage, at sundhedsrettede tilbud i højere grad end beskæftigelsesrettede tilbud, kan indgå i tilstrækkelige multikausale netværk, som medfører en oplevet helbreds- og livskvalitetsforbedring blandt syge mennesker.

Der findes flere definitioner af både helbred og livskvalitet, og de indeholder ofte elementer som at føle glæde og tilfredshed med sit liv, samt at føle fysisk, psykisk og socialt velvære (Fayers & Machin, 2007, s. 4). I WHO's eget instrument til måling af livskvalitet (WHOQOL-100) inkluderer de målinger af arbejdsevnen, og herunder den enkeltes muligheder for at lære nye færdigheder (WHO | WHOQOL, 2010). Desuden henviser OECD til seks psykosociale stressfaktorer, som kan have negativ indflydelse på det mentale helbred i en arbejdsmæssig kontekst (OECD, 2013). En af faktorerne er oplevelsen af, at det man beskæftiger sig med, er meningsløst. Endeligt konkluderede Rode Larsen et al. 2017, at personer med psykisk sygdom adskilte sig fra andre grupper på det danske arbejdsmarked: 21,5% af personer med en psykisk lidelse ønskede at forøge deres ugentlige arbejdstid, hvorimod det gennemsnitlige estimat for 16-64årige danskere var 13%.

At personer med psykisk sygdom havde højere odds for livskvalitets- og helbredsforbedringer, kan derfor baseres på følgende to antagelser for andelen af studiepopulationen, som besvarede spørgsmålene: 1) på trods af et længere jobcenterforløb, havde de gennemsnitligt et større ønske om at opnå beskæftigelse, og 2) de fandt jobcenterets aktiviteter meningsfulde i det henseende, og forbandt aktiviteterne med en forbedring af helbred og livskvalitet, i højere grad end personer med fysisk sygdom.

Når, eller hvis det modsatte var tilfældet, kan det være en del af forklaringen på den svage indikation af højere odds for helbredsforværring blandt personer med psykisk sygdom. Det er f.eks. muligt, at en større andel af personer med psykisk sygdom, som besvarede spørgsmålene om forværringer, vurderede sig selv som uarbejdsdygtige. Hvis det var tilfældet, og man oplevede manglende forståelse for sin situation, vil det have bidraget negativt til oplevelsen af jobcenteret (Mehlsen, 2019).

6.2 Den aktive beskæftigelsesindsats

Litteraturgennemgangens formål var at undersøge hvilke indsattstyper, der var effektive til at tilknytte og/eller fastholde personer med psykisk sygdom i beskæftigelse. I afsnit 3.2 beskrev jeg, at den teoretiske opdeling i direkte og indirekte effekter manglede terminologi om andre væsentlige forhold end de effekter af en indsats. Derfor opstillede jeg en idealpræmis for effektvurderingerne om, at effektmål optimalt kvantificerede effekten af en indsats både på overgang til beskæftigelse, og på varighed af opnået beskæftigelse. Derudover forholdt jeg mig til studiers målgrupper og deres tidshorisonter for evaluering.

Herunder opdeler jeg indsattstyperne i 1) indsattser, hvor jeg fandt positive beskæftigelseseffekter 2) indsattser, hvor jeg fandt modstridende eller negative beskæftigelseseffekter, og 3) indsattser, hvor der manglede evidens for personer med psykisk sygdom. For hver indsats diskuterer jeg mulige effekter i teoretisk forstand, og diskuterer de tre nedslagspunkter: a) studiernes målgrupper, b) indsattser og definitioner og c) anvendte tidshorisonter og effektmål.

6.2.1 Indsattser med positiv evidens

Herunder diskuterer jeg arbejdspladsbaserede indsattser og IPS.

6.2.1.1 Arbejdspladsbaserede indsattser

Jeg vurderede, at der var stærk evidens for, at kombinationer af person- og arbejdspladsorienterede indsattser var effektive til at få personer med psykisk sygdom tilbage i beskæftigelse. Omvendt var der modstridende viden om effekten af KAT.

6.2.1.1.1 Mulig effekt

Formålet med KAT er at identificere og omstrukturere tanke- og handlingsmønstre, samt at eksponere personen for de omgivelser, der skaber ubehaget (Mortensen et al., 2017). Personrettede indsattser som KAT er dog først effektive i kombination med arbejdspladsorienterede indsattser. Det kan skyldes et behov for ændringer på arbejdspladsen, hvis arbejdsforholdene var årsag til sygemeldingen. I så fald vil der være tale om en positiv programeffekt, fordi indsattserne øger sandsynligheden for at fastholde beskæftigelse. Gradvis tilbagevenden blev ofte omtalt som en effektiv arbejdspladsorienteret indsats, men eksponering er også en del af definitionen af KAT. I studierne af KAT kunne jeg ikke afgøre, om deltagerne blev eksponeret for deres arbejdsplads. Det kan være en del af forklaringen på de modstridende fund for KAT. Når man tilføjer de arbejdspladsorienterede indsattser, kan man gradvist vende tilbage og indledningsvist håndtere færre eller andre opgaver. På den måde oplever man en justering i de rammer, som påvirkede en negativt. Samtidigt kan man muligvis opleve en forståelse eller accept af situationen blandt arbejdsgivere og kollegaer, hvilket også kan have en positiv effekt.

6.2.1.1.2 Studiernes målgrupper

De positive effekter blev fundet blandt personer med stress, udbrændthed, depression, angst, personlighedsforstyrrelser, somatoforme lidelser og OCD. Resultaterne var baseret på helhedsvurderinger af reviews, og derfor en indirekte vurdering af primærstudier. Det havde betydning for detaljeniveauet om de psykiske lidelser, fordi der sjældent blev skelnet mellem sværhedsgrader. Sværhedsgraden er en negativ prædiktor for RTW, og samtidigt fandt et review, at indsatser mod stress generelt var mere effektive end indsatser mod andre psykiske lidelser (Nielsen 2011; Mikkelsen & Rosholm 2018). Derfor er det muligt, at flere af studierne er ramt af en ”healthy worker bias” (Shah, 2009). Effekten kan være overestimeret, hvis det primært er personer med mildere lidelser, og gode forudsætninger for tilbagevenden, der selekteres ind i arbejdspladsbaserede indsatser.

6.2.1.1.3 Indsatser og definitioner

Arbejdspladsbaserede indsatser blev studeret som kombinationer af person- og arbejdspladsorienterede indsatser. Effektive interventioner kombinerede indsatser som KAT eller konsultationer med arbejdsmiljøeksperter med indsatser som gradvis tilbagevenden, ændringer i fysiske rammer eller nedgang i/omorganisering af arbejdstid og opgaver. Arbejdspladsbaserede indsatser indeholdt elementer af tværfaglige, men også af tidlige indsatser. Det skyldes samarbejdet mellem flere aktører, og at flere studier vurderede, at tidlig kontakt med arbejdsgiveren var vigtigt.

Der var forskel på hvilke kombinationer der blev studeret, og derfor kunne jeg ikke konkretisere, om særlige kombinationer var mere effektive end andre. Flere studier omtalte gradvis tilbagevenden til arbejde, men selv de samme indsatstyper blev udført forskelligt i de enkelte studier. Der var f.eks. forskel på, om man anvendte individuel eller gruppebaseret KAT. Desuden var det ofte utydeligt, hvilke kontrolgrupper indsatserne blev sammenlignet med. Der blev konkret omtalt kontrolgrupper, der deltog i afslapningsøvelser eller behandlinger hos en praktiserende læge, en bedriftslæge eller en psykiater. Derfor er der et begrænset grundlag for at afgøre, om arbejdspladsbaserede indsatser er mere effektive end andre interventioner.

6.2.1.1.4 Tidshorisonter og effektmål

De positive effekter var baseret på effektmål, der omhandlede fastholdelse af et eksisterende arbejde. Det var mål som selvrapporterede antal sygedage, men også målinger af den selvvaluerede arbejdsevne. Effekterne blev målt over perioder mellem 44 uger og et år. Derfor adskilte arbejdspladsbaserede indsatser sig ved at omhandle jobfastholdelse frem for overgangen fra ledighed til beskæftigelse. Desuden mangler der viden om indsatsernes effekt ved langvarige sygemeldinger, og om en tilbagevenden til arbejdet er varig.

6.2.1.2 IPS

Jeg vurderede, at der var stærk evidens for, at IPS var effektivt til at få personer med svære psykiske sygdomme i beskæftigelse. Omvendt vurderede jeg, at der var usikker viden for humør- og angstlidelser.

Der var en begrænsning i anvendelsen af BMs videnshierarki, fordi både IPS og arbejdspladsbaserede indsatser fik vurderingen ”stærk evidens”. Arbejdspladsbaserede indsatser effekt blev vurderet på baggrund af fire reviews, hvorimod IPS blev vurderet på baggrund af en metaanalyse og to RCTs. Ved at anvende BMs videnshierarki kunne jeg ikke skelne mellem grader af stærk evidens. BM definerer nemlig stærk evidens, som hvis tre studier af høj kvalitet og/eller et review viser resultater med samme retning. På den måde kan man ikke skelne mellem evidensniveauer for indsatser belyst i et eller flere reviews.

6.2.1.2.1 Mulig effekt

IPS har muligvis en positiv programeffekt fordi de opgaver, der traditionelt er spredt ud på flere fagpersoner i et jobcenter, varetages af IPS-konsulenten (Bonflis, 2015). Aktivitetstilbud, rådgivning, virksomhedskontakt og individuel støtte er ofte fordelt mellem sagsbehandlere, virksomhedskonsulenter og mentorer. Derfor kan IPS være fordelagtig, fordi den ledige kun skal forholde sig til IPS-konsulenten og behandleren. IPS kan også være effektivt, fordi metoden forsøger at integrere behandlings- og beskæftigelsesindsatsen. Bonflis 2015 vurderede f.eks. at Herlev Kommunes jobcenter manglede et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien, fordi kontakten ofte foregik via skriftlige aftaler eller ad hoc-møder. Derudover vil der sandsynligvis kun være få fastlåsningseffekter, fordi præmissen for IPS er, at man fokuserer på hurtigt igangsat beskæftigelse.

Når præmissen er hurtig igangsat beskæftigelse, er det dog ikke overraskende, at flere studier fandt positive effekter herpå. Samtidig bygger IPS på et princip om, at alle der ønsker at deltage, kan gøre det. Derfor kan der igen være tale om healthy-worker bias, hvis personer med den største arbejdsevne selekteres ind i effektstudier af IPS. Selv i tilfælde med svær psykisk sygdom, er der forskel på, hvem der har mulighed for at opnå beskæftigelse. Det kan føre til en overestimering af effekten.

6.2.1.2.2 Studiernes målgrupper

Jeg fandt primært studier af personer med svære psykiske lidelser som skizofreni, bipolare lidelser og svær depression, men også et dansk RCT af personer med humør- og angstlidelser (Hellström et al., 2017). Det danske RCT fandt ingen effekter, og derfor er resultaterne primært relevante for personer med svære psykiske lidelser. Jeg bemærkede dog, at 75% af deltagerne i Christensen & Epløv 2018 havde skizofreni. Det mindsker generaliserbarheden af IPS' effekt til andre psykiske lidelser i en dansk kontekst.

Der bliver stadig forsket i potentialet for, at man som i IPS forsøger at integrere beskæftigelses- og behandlingsindsatser for sygemeldte med stress, angst og depression. IBBIS-forsøgene undersøger effekterne af at placere sundhedsfagligt personale fra regionerne i samme lokaler som kommunale jobkonsulenter (IBBIS, 2020).

6.2.1.2.3 Indsatser og definitioner

Modini et al 2016 samlede 19 RCT's fra flere lande. Primærstudierne blev muligvis gennemført i tilpassede versioner, da IPS og de tilhørende fidelity-mål er udviklet i en amerikansk kontekst. Det er der god grund til at antage, da de to danske RCT's begge arbejdede med tilpassede versioner. Christensen & Epløv 2018; 2019 tilføjede kognitiv og social træning til én af deres interventionsgrupper, i mens Hellström et al 2017 udviklede en tilpasset version kaldet IPS-MA. I begge studier udviklede de deres egne fidelity-mål.

De danske udgaver af IPS gennemføres desuden som samarbejdsmodeller, og ikke som integrationer af beskæftigelses- og behandlingsindsatser. Integration beskrives som et kerneprincip i IPS, og derfor tilnærmer man sig integration i de danske versioner gennem den fysiske placering af aktørerne. Derfor var der særligt implementeringsproblemer i IPS-MA-metoden. Behandlere og IPS-konsulenter var ikke placeret samme sted, fordi behandlingerne foregik flere steder som hos egen læge, eller hos private psykologer/psykiatere. På den måde bevægede IPS-MA sig yderligere væk fra integrationsprincippet.

Endeligt blev IPS sammenlignet med indsatser som VI og VO i de danske RCT's. Tilsvarende blev IPS sammenlignet med standardindsatser fra flere lande i Modini et al 2016, selvom jeg ikke kunne afgøre, hvad de præcist bestod af. Derfor tyder det på, at IPS kan være mere effektivt for personer med svær psykisk sygdom, end andre traditionelle indsatser.

6.2.1.2.4 Tidshorisonter og effektmål

Effektmålene bestod af overgang til ordinær beskæftigelse samt antallet af timer i arbejde eller under uddannelse. I Modini et al 2016 var der til gengæld forskelle i primærstudiernes definitioner af ordinær beskæftigelse. Nogle studier anså beskæftigelse i minimum én dag som ordinær beskæftigelse, hvor andre krævede, at beskæftigelsen minimum havde varet én måned. Derfor mangler der viden om IPS' effekter på varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

Både Christensen & Epløv 2018 og 2019 samt Hellström et al 2017 inkluderede også sekundære effektmål af sygdomssymptomer, og fandt ingen tegn på forværringer. Effektmålene var relevante fordi beskæftigelsesindsatser ikke skal forværre, men derimod forbedre syge menneskers livsvilkår.

6.2.2 Indsatser med modstridende eller negativ evidens

Herunder diskuterer jeg tidlige og tværfaglige indsatser samt samtaler med sagsbehandlere.

6.2.2.1 Tidlig indsats

Jeg vurderede, at der var indikation på positive effekter af tidlige indsatser for personer med psykisk sygdom. Vurderingen bygger på flere væsentlige forbehold, fordi tidlige indsatser var metodisk svære at afgrænse. Årsagen til, at tidlige indsatser alligevel blev beskrevet selvstændigt var, at der lovgivningsmæssigt er stort fokus på tidlige indsatser (Sieling-Monas, 2018).

6.2.2.2 Mulig effekt

I et beskæftigelsesøjemed kan tidlige indsatser have positive programeffekter ved, at man forkorter perioden væk fra arbejdsmarkedet. Derved beholder man i højere grad sine faglige kompetencer. Omvendt er der en risiko for, at sygdommen forværres, hvis man hurtigt igangsætter aktiviteter, der opleves som skadelige (Høgelund, 2012). På den måde kan ledighedsperioden forlænges, og programeffekten vil være negativ.

6.2.2.3 Studiernes målgrupper

Der blev fundet positive effekter for personer med lettere stress eller depression, og personer der på grund af psykosociale forhold var i risiko for langtidssygefravær. Samtidig blev der fundet negative effekter for personer, defineret ved generelt at have psykiske lidelser. Derfor mangler der viden om, hvem der konkret kan opleve negative effekter.

6.2.2.4 Indsatser og definitioner

I størstedelen af studierne var der tale om indsatstyper, som kunne høre under de øvrige indsatstyper. Jeg fokuserede på studier, der forholdt sig til effekten af tidlige samtaler med sagsbehandlere, tidlig igangsættelse af generelle aktiveringsredskaber, og en tidlig konsultation med en arbejdsmediciner.

I studiet af Discus 2014 i Jacobi & Gahrn 2019 var der tale om, at første samtale med sagsbehandleren blev afholdt tidligere, end hvad lovgivningen foreskrev (seks mod otte uger). Det er ikke sikkert, at den samme indsats ville blive anset som tidlig i andre lande, og i indsatser som IPS ville den anses som sen. IPS-konsulenten er nemlig ofte i kontakt med brugeren et døgn efter optagelse i programmet (Bonflis, 2015).

Timing har også betydning for sundhedsmæssige forhold. I mine statistiske analyser var varigheden af jobcenterforløbet associeret med helbredsforværringer, ligesom studierne af Overland et al 2008 og Laaksonen et al 2012 indikerede, at ventepositioner i beskæftigelsessystemer påvirker helbredet negativt. I et rent behandlingsregi er der da ofte gode resultater ved tidlig behandling af depression, men en psykologisk intervention kort efter en traumatisk hændelse (debriefing) kan øge risikoen for senere at udvikle PTSD (Borg, 2010).

De tidlige indsatser blev desuden primært sammenlignet med kontrolgrupper, som modtog de samme indsatser på et senere tidspunkt. Selvom de fleste studier fandt positive effekter, fandt et RCT negative effekter.

Samtidigt er der et hensyn til sundhedsfaglige indsatser, som f.eks. kan have negative effekter ved debriefing. Selvom flere studier fandt positive effekter af tidlige indsatser, kan man altså ikke konkludere, at de er tilstrækkelige til, at der opstår positive effekter.

6.2.2.5 Tidshorisonter og effektmål

Discus 2014 i Jacobi & Gahrn målte antal der overgik til beskæftigelse over 52 uger, hvilket i praksis betød målinger af jobfastholdelse. Deltagerne var nemlig sygemeldte fra en eksisterende arbejdsplads. Rehwald, Rosholm & Rouland 2016 i Sieling-Monas 2018 målte også på andele, der overgik til beskæftigelse eller til permanente offentlige ydelser over tre år. Kant et al 2008 i Borg 2010 målte på omfang af sygefravær over et år.

Der var altså igen tale om variationer i effektmålene, men de blev primært udgjort af overgang til beskæftigelse eller jobfastholdelse ved sygemeldinger. Kun et af studierne havde en relativt langsigtet tidshorizont på tre år, men da effektmålet var overgang til beskæftigelse eller offentlige ydelser, mangler der altså igen viden om effekterne på varigheden af en opnået ansættelse.

6.2.2.2 Tværfaglige indsatser

Jeg vurderede, at der var modstridende viden om effekterne af tværfaglige indsatser. Tværfaglige indsatser var også metodisk svære at afgrænse, selvom jeg overordnet skelnede mellem indsatser der foregik inden for, eller mellem administrative systemer.

6.2.2.2.1 Mulig effekt

Tværfaglige indsatser kan have positive programeffekter, fordi en helhedsorienteret tilgang til ledige håndterer flere livsaspekter af betydning for arbejdsevnen. Det kan være ved at inkludere sundhedsfaglig viden i vurderingen af en TTA-plan. Omvendt kan der være fastlåsnings effekter, f.eks. hvis sundhedsfaglig behandling medfører nedgang i jobsøgningsaktiviteten.

Der kan være flere årsager til de modstridende fund. For indsatser på tværs af administrative systemer, kan koordineringen mellem instanser være tidskrævende, hvilket i sig selv forlænger ledighedsperioden. En anden mulighed er, at effekterne først er positive, når der er tale om samarbejde mellem specifikke systemer. En tredje mulighed er, at koordinationen mellem systemer er utilstrækkelig. Deloitte fandt f.eks. at sundhedskoordinatorer i rehabiliteringsteams kun yder sundhedsfaglig rådgivning i 13% af sagerne efter et møde i rehabiliteringsteams (Deloitte, 2017b). I mine analyser fandt jeg ligeledes en association mellem varigheden af jobcenterforløbet, og tilkendegivelser af, at man oplevede, at sagsbehandleren så bort fra udtalelser fra læge/psykolog/psykiater.

For tværfaglige indsatser inden for et administrativt system, kan utilstrækkelig koordinering også være en del af forklaringen. I et af de gennemgåede studier blev der udarbejdet en TTA-plan i jobcenteret gennem et samarbejde mellem en sagsbehandler, en psykiater og en jobcoach (Høgelund & Epløv, 2018). Psykiateren blev dog ikke involveret i en løbende tilpasning af planen, og i de tilfælde, hvor der var uenigheder mellem sagsbehandler og psykiater, havde sagsbehandleren den endelige beslutningskompetence.

Det kan være et tegn på, at koordineringen gerne skal være løbende, og at det kan være problematisk, når der opstår uenigheder mellem aktører. Ser man omvendt på metoder som IPS, anfægter den, at koordinering i det hele taget er utilstrækkeligt. Beskæftigelsesindsatsen skal i stedet så vidt muligt integreres i behandlingsindsatsen.

6.2.2.2.2 Studiernes målgrupper

Det var ikke muligt at afgøre studierne relevans for specifikke lidelser, fordi studiepopulationerne blev udgjort af sygemeldte med psykiske problemer, hvilket var en bred definition.

6.2.2.2.3 Indsatser og definitioner

I belysningen af tværfaglige indsatser, var der et overlap med arbejdspladsbaserede indsatser og IPS. Jeg beskrev f.eks., at kombinationer af sundhedsfaglige indsatser med kontakt til arbejdspladsen kunne have positive effekter på jobfastholdelse. Jeg beskrev også rehabiliteringsteams, samt ressource- og jobafklaringsforløb, men foretog ikke en egentlig effektvurdering.

På grund af afgrænsningsproblemerne var effektvurderingen af tværfaglige indsatser heller ikke komplet, men jeg inkluderede bl.a. to RCTs. De involverede en psykiater enten indenfor eller mellem administrative systemer, og begge studier fandt ingen effekter. Studierne var med til at illustrere afgrænsningsproblemerne for tværfaglige indsatser, og hvordan nogle former for tværfagligt samarbejde ikke nødvendigvis er mere effektivt end sygedagpengeopfølgning (kontrolgruppe i det ene RCT). Omvendt illustrerede overlappet med arbejdspladsbaserede indsatser og IPS, hvordan der i andre tilfælde er fundet positive effekter af tværfaglige indsatser sammenlignet med andre typiske aktive indsatser. Arbejdspladsbaserede indsatser var et eksempel på tværfagligt samarbejde mellem administrative systemer, som generelt medførte positive effekter. Tilsvarende var IPS et eksempel på en tværfaglig indsats inden for et administrativt system, hvor der også generelt blev fundet positive effekter.

6.2.2.2.4 Tidshorisonter og effektmål

De fleste studier målte overgang til beskæftigelse, men der blev også anvendt effektmål som årsag til sygedagpengeophør og varighed af sygedagpengeperiode. Effekterne blev målt over perioder mellem 15,5–24,5 måneder.

Igen manglede der målinger af beskæftigelses varighed, og man kan diskutere, om varighed af en sygedagpengeperiode er et meningsfuldt mål. En sygedagpengeperiode er lovmæssigt tidsbegrænset, og et ophør af sygedagpenge skyldes ikke nødvendigvis, at man har opnået beskæftigelse.

6.2.2.3 Samtaler med sagsbehandlere

Jeg konkluderede, at der var moderat evidens for, at samtaler med sagsbehandlere kan være effektive over for arbejdsmarkedspare ledige. Omvendt konkluderede jeg, at der var modstridende viden for sygemeldte.

6.2.2.3.1 Mulig effekt

Samtalernes effekt kan både udgøres af positive eller negative programeffekter via sagsbehandlerens støtte eller sanktioner, men også af motivationseffekter ved udsigten til at deltage i indsatser.

En mulig forklaring på, at de positive effekter ikke nødvendigvis findes blandt sygemeldte er, at de har problemer udover ledighed – i kraft af deres sygdom, er det f.eks. ikke givet, at de er i stand til at øge deres jobsøgningsaktiviteter på grund af motivationseffekter (Høgelund, 2012).

6.2.2.3.2 Studiernes målgrupper

De inkluderede reviews studerede enten arbejdsmarkedspare ledige eller ledige med sygdom. I to RCTs indgik der personer med psykiske lidelser som depression og bipolare lidelser, men studiepopulationerne blev også udgjort af personer med fysiske sygdomme. Derfor mangler der viden specifikt for personer med psykisk sygdom.

6.2.2.3.3 Indsatser og definitioner

Jeg forsøgte at inkludere studier, hvor samtaler med sagsbehandleren udgjorde en stor del af indsatsen. De konkrete indsatser var dog heterogene, fordi der også var tale om samtaler med en socialrådgiver, socialmedicinske undersøgelser, samt generelle aktiverings- og forebyggende tilbud som VO og motion. Kontrolgrupperne blev sjældent beskrevet tilstrækkeligt, men i et studie blev sygemeldtes samtaler med en sagsbehandler sammenlignet med sygedagpengeopfølgning. De konkrete interventioner og kontrolgrupper var derfor for utydelige til at afgøre, om samtaler med sagsbehandlere var mere effektive eller mindre effektive end andre indsatser.

6.2.2.3.4 Tidshorisonter og effektmål

For arbejdsmarkedspare ledige blev effekter målt som overgang til beskæftigelse eller tid på kontanthjælp over perioder fra fire måneder og op til fem år. For sygemeldte blev effekterne målt som beskæftigelsesomfang over et år i et af studierne. Tidshorisonterne var ikke tydelige i to studier. Igen manglede der altså et fokus på varigheden af opnået beskæftigelse.

6.2.3 Indsatser med manglende evidens

Herunder diskuterer jeg VO, mentorstøtte og VI.

6.2.3.1 Vejledning og opkvalificering

Jeg vurderede, at der var modstridende viden, og at der manglede viden specifikt for personer med psykisk sygdom.

6.2.3.1.1 Mulig effekt

Potentielt positive programeffekter af VO består i, at man hjælper med at afklare eller udvikle den lediges faglige kompetencer, så de har nemmere ved at finde arbejde. Potentielt negative programeffekter kan bestå i, at ledige deltager i kurser, de ikke finder meningsfulde. Der kan også være tale om fastlåsnings effekter.

6.2.3.1.2 Studiernes målgrupper

Jeg beskrev effektstudier for arbejdsmarkedsparate ledige, og studier, der bl.a. opdelte ledige efter, om de var dagpenge- eller kontanthjælpsmodtagere. Jeg forsøgte at indsnævre målgruppen yderligere, og præsenterede derfor også studier af ledige med sygdom. Det var dog sjældent muligt at afgøre, hvilke sygdomme der var tale om.

Til gengæld estimerede SFI, at 38% af danske kontanthjælpsmodtagere aktuelt eller tidligere var i behandling for en psykisk lidelse, mens 18% aktuelt havde en diagnosticeret psykisk lidelse (Bach & Holt, 2016). Derfor er der god grund til at antage, at studierne af kontanthjælpsmodtagere i et vist omfang er overførbare til personer med psykisk sygdom. Tendensen er til gengæld, at målgrupperne primært defineres efter deres relation til beskæftigelsessystemet, fremfor, om de f.eks. har en psykisk eller fysisk sygdom.

6.2.3.1.3 Indsatser og definitioner

En af de primære udfordringer ved at belyse effekter af VO var, at de enkelte studier opdelte VO forskelligt. Tre studier havde en todelt opdeling, hvoraf et studie opdelte VO i jobsøgningskurser og ordinær uddannelsesaktivering, herunder øvrige kurser og projekter. Et andet studie opdelte i opkvalificering eller vejledning mv., og et tredje studie i ordinær uddannelse eller VO. Omvendt foretog et af studierne ikke en opdeling, men belyste indsatser i beskæftigelsessystemet som et generelt tema. Kun Arendt 2013 nærmede sig STARs opdeling i korte vejlednings- og afklaringsforløb, særlige projekter og uddannelsesforløb, samt ordinære uddannelsesforløb. Forfatteren inddelte nemlig VO i kortvarig vejledning og afklaring, særligt tilrettelagte projekter og særligt tilrettelagte uddannelsesforløb.

Der manglede også konsensus om, hvorvidt ordinære uddannelsesforløb var en del af VO. Et review beskrev, at de kun inkluderede arbejdsmarkedsrettede uddannelser, og et andet review medtog studier som analyserede effekter af ordinære uddannelser med data fra DREAM. Interessant nok anvender STAR selv formuleringen ”ordinære uddannelser”, men henviser til, at de omfatter voksen- og erhvervsrettede uddannelser (STAR, 2020b).

Der er altså tale om meget heterogene indsatser, som opdeles vidt forskelligt. Selv inden for de enkelte underkategorier, er indsatstyperne fortsat heterogene. F.eks. beskrev en af forfatterne, hvordan særligt tilrettelagte uddannelsesforløb bestod af uddannelse af 16-23 ugers varighed, hvilket kan dække over en lang række uddannelsesforløb. Heterogeniteten i indsatserne, og manglende beskrivelser af kontrolgrupper, er muligvis en del af forklaringen på, at der generelt er modstridende fund.

6.2.3.1.4 Tidshorisonter og effektmål

Effektmålene bestod bl.a. af overgang til beskæftigelse og varighed af ledighedsperiode. Der var stor spredning i de enkelte studiers tidshorisonter, som varierede mellem 50 uger til 6 år. Kun Holm et al 2017 forholdt sig til en samlet effekt af tid til overgang til beskæftigelse og den efterfølgende varighed af ansættelsen. Den tilgang er fordelagtig, fordi den danner grundlag for mere nuancerede vurderinger af de enkelte indsatstypers effekter.

6.2.3.2 Mentorstøtte

Jeg vurderede, at der var modstridende evidens for effekterne af mentorstøtte.

6.2.3.2.1 Mulig effekt

Positive effekter af mentorstøtte kan bestå i, at mentoren hjælper og lærer brugeren at tackle hverdagsudfordringer, som står i vejen for at vedkommende er i beskæftigelse. På sigt kan der altså være en positiv programeffekt, men der er også en risiko for store fastlåsnings effekter. Holmboe 2012 beskrev, at et af nøgleelementerne i en succesfuld mentorrelation er, at den baseres på frivillig deltagelse. En interessant observation i den forbindelse er, at Albæk et al 2015 beskrev at 40% af modtagere af mentorstøtte, ikke mente de skulle have tildelt en mentor i første sted. Det kan være en del af forklaringen på de modstridende fund.

6.2.3.2.2 Studiernes målgrupper

Jeg fandt ikke studier, der eksplicit omhandlede personer med psykisk sygdom. I stedet gennemgik jeg studier med forskellige definitioner af ledige, som modtog mentorstøtte. Studiet af Albæk et al 2012 inkluderede studier af kontanthjælpsmodtagere, langtidsledige, handicappede mv. Albæk et al 2015 beskrev, at en stor andel havde en psykisk lidelse, og at de ofte hverken var job- eller uddannelsesparate. Endeligt beskrev Jacobsen et al 2018 personer mellem 18-65 år, der havde svært ved at få eller fastholde et arbejde eller en uddannelse.

På baggrund af Albæk et al 2015's beskrivelser af, at modtagere af mentorstøtte ofte har en psykisk lidelse, er der grund til at antage, at studienes fund i et vist omfang er overførbare til personer med psykisk sygdom. Det understøttes også af, at de to øvrige studier inkluderede langtidsledige og kontanthjælpsmodtagere i deres definitioner af målgrupperne. SFI har som sagt estimeret, at 38% af kontanthjælpsmodtagere har en form for psykisk lidelse, og i mine statistiske analyser var der tegn på, at personer med psykisk sygdom havde højere odds for langtidsledighed, end personer med fysisk sygdom.

6.2.3.2.3 Indsatser og definitioner

Ålbæk 2015 havde den mest konkrete opdeling efter, om mentorstøtten blev givet som hjælp til hverdagsudfordringer (den mest udbredte), som hjælp til at fastholde brugeren i aktive indsatser, eller som direkte støtte på en arbejdsplads.

I flere tilfælde var det svært at udlede, hvad kontrolgrupperne bestod af. I Albæk et al 2015s analyser anvendte de f.eks. en kontrolgruppe, som havde stor sandsynlighed for at modtage mentorstøtte. Sandsynlighedsberegningen var baseret på de data de havde til rådighed, og der kan være uobserverede forskelle blandt mentorstøttede, som gør dem mere uarbejdsdygtige. Derfor er det muligt, at forfatterne sammenlignede mentorstøttede med andre ledige, som på forhånd havde bedre forudsætninger for at opnå beskæftigelse. Det ville underestimere effekten.

Ofte var det også utydeligt, hvad mentorstøtten blev udgjort af. De fleste forfattere beskrev støtte til at opnå eller fastholde beskæftigelse, hvilket også er i overensstemmelse med STARs beskrivelse af mentorstøttens formål. Til gengæld findes der altså en uoverensstemmelse, når man sammenligner med sagsbehandleres oplevelser fra praksis. Albæk et al 2015 beskrev nemlig, at langt de fleste jobcentermedarbejdere primært anså mentorstøtten som en social indsats til hverdagsudfordringer.

Endeligt var der uoverensstemmelser i forfatterens vurderinger af evidensgrundlaget for mentorstøtte. Albæk et al 2012 beskrev, at litteraturgrundlaget var for småt til at lave klare konklusioner, men at der var indikation på positive effekter. Vurderingen blev foretaget på baggrund af to RCTs, hvoraf kun det ene fandt en positiv effekt. Derfor vækkede det undren, at de beskrev en ”indikation” på positive effekter, når det nyere studie af Albæk et al 2015 ikke omtalte indikationer på effekter, efter gennemgang af syv studier med blandede resultater.

6.2.3.2.2 Tidshorisonter og effektmål

Et enkelt studie målte lønindkomst, men de fleste studier målte overgang til beskæftigelse eller uddannelse. Flere studier målte også beskæftigelsesomfang inden for en periode, hvor deltagerne stadig modtog mentorstøtte. Effekterne blev målt over 14 måneder til fire år, og der blev fundet blandede effekter både over kortere og længere tidshorisonter. Langt de fleste studier havde dog relativt korte tidshorisonter. Hvis mentorstøtten i Danmark primært er en social indsats, som på sigt kan medføre overgang til beskæftigelse, taler det altså for, at man gennemfører flere studier med længere tidshorisonter.

6.2.3.3 Virksomhedsrettede indsatser

Jeg vurderede, at der var stærk evidens for effekten af ansættelse med løntilskud i den private sektor for ledige generelt, men at der var modstridende evidens for effekten af løntilskud i det offentlige og for virksomhedspraktik. Det tydede ikke på, at fund fra generelle studier af ledige adskilte sig fra studier med varierende definitioner af udsatte ledige. Da jeg ikke fandt studier specifikt af personer med psykisk sygdom, er VI medtaget i dette afsnit.

6.2.3.3.1 Fortolkning af fund

Positive programeffekter af VI kan bestå af, at man får direkte kontakt til og erfaring fra det arbejdsmarked som er endemålet for beskæftigelsesindsatsen. De modstridende fund fra offentligt løntilskud og virksomhedspraktik, kan skyldes nogle af de betingelser, som pålægges arbejdspladsen. VI for kontanthjælpsmodtagere foregår ifølge Graversen 2012 typisk i den offentlige sektor. I den forbindelse er det ofte et krav, at arbejdsopgaverne ikke er opgaver, som normalt udføres af ordinært ansatte. I de tilfælde får ledige altså ikke erfaring fra et ordinært arbejde, og samtidigt bliver forudsætningerne for efterfølgende at fortsætte på arbejdspladsen forværret. Derfor er det samtidigt muligt, at personer der relativt set er kortere fra arbejdsmarkedet i højere grad selekteres ind i private løntilskudsordninger. Det vil overestimere effekten.

6.2.3.3.2 Studiernes målgrupper

Målgrupperne var arbejdsmarkedsparate og udsatte ledige. Selvom Graversen 2012 definerede udsatte som: kontanthjælpsmodtagere, ledige med problemer udover ledighed, ikke-arbejdsmarkedsparate ledige, eller ledige der er vanskelige at få i beskæftigelse og langtidsledige, beskrev jeg primært fund fra danske studier af kontanthjælpsmodtagere. Som sagt estimerede SFI, at 38% af kontanthjælpsmodtagere har en psykisk sygdom. Derfor er der et vist grundlag for at antage, at en del af resultaterne kan overføres til personer med psykisk sygdom, men med et væsentligt tab af potentielt vigtige nuancer.

6.2.3.3.3 Indsatser og definitioner

Jeg fokuserede på virksomhedspraktik samt offentlige eller private ansættelser med løntilskud. Med undtagelse af et studie, anvendte forfatterne samme inddeling. Kun Holm et al 2017 skelnede ikke mellem offentlige eller private ansættelser med løntilskud.

Graversen 2012 foretog den mest konkrete afgrænsning af VI (produktion af varer og/eller tjenesteydelser på ordinære arbejdspladser). I de øvrige studier, var det ofte implicit hvad indsatserne konkret bestod af. Ligeledes var der sjældent beskrivelser af kontrolgrupper. Derfor er svært at afgøre, hvad indsatserne var mere eller mindre effektive end. Dertil kommer, at selvom forskellen mellem ”offentlig” og ”privat” i daglig tale ofte er meningsfuld, kan der i praksis være andre vigtige nuancer. Modtager man f.eks. offentligt eller privat løntilskud, hvis ansættelsen foregår i en delvis offentlig- og privatejet virksomhed?

6.2.3.3.4 Tidshorisonter og effektmål

I flere studier var tidshorisonterne ikke tydelige. Graversen 2012 inkluderede studier med effektmål som overgang til beskæftigelse eller uddannelse, men var kun tydelig omkring tidshorisonten i ét af de danske studier om virksomhedspraktik (opfølgning efter tre år). Der blev også anvendt effektmål som fastlåsningseffekter, men studiet af Holm et al 2017 forholdt sig både til varigheden af overgang til beskæftigelse, og den efterfølgende varighed af ansættelsen målt over tre år. I de øvrige studier, hvor tidshorisonterne var tydelige, varierede de mellem et til fire år.

6.3 Metodiske begrænsninger

I dette afsnit diskuterer jeg begrænsninger ved anvendte databaser og søgeord, inklusions- og eksklusionskriterier, BMs videnshierarki, m.v. Derefter omtaler jeg generelle begrænsninger ved data, mulige konsekvenser af opdelingen i aktuelle og tidligere forløb, samt begrænsninger ved det anvendte spørgeskema.

6.3.1 Databaser og andre kilder til litteratur

Selvom jeg foretog mange søgninger i videnskabelige databaser, var størstedelen af den inkluderede litteratur såkaldt grå litteratur. Det var studier fra VIVE, SFI, KORA, Region Sjælland, Ph.d.-afhandlinger, konsulent-rapporter mv. En væsentlig ulempe ved grå litteratur er, at den ikke er peer reviewed. Peer reviews sikrer, at andre forskere på samme område, foretager en kritisk vurdering af et studiets validitet inden det publiceres. Desuden er grå litteratur, modsat publiceret peer reviewed litteratur, sjældent tilgængeligt på en systematisk måde. Derfor er det muligt, at jeg overså anden relevant litteratur. Det forsøgte jeg at kompensere for, ved at anvende brede søgeord og søgninger i Google Scholar og REX. Jeg forsøgte også at kontakte Jobeffekter.dk, Cabiweb.dk, Region Hovedstadens Psykiatri (sidstnævnte uden succes), og jeg afholdt et møde med en specialist i litteratursøgninger fra Københavns Universitetsbibliotek.

6.3.2 Indsatser og søgeord

Den indledende overblikssøgning og gennemgang af BM.dk og STAR.dk gav indtryk af, at beskæftigelsesindsatser primært blev studeret blandt ledige, som defineres efter deres relation til beskæftigelsessystemet. Er de f.eks. arbejdsmarkeds-, uddannelses- eller aktivitetsparate. Det nærmeste jeg kom personer med psykisk sygdom, var ordninger, som ifølge STAR tilbydes til syge eller nedslidte ledige. Jeg gennemgik heraf hvilke aktive indsatser, der blev omtalt og sammenlignede dem med mine øvrige kilders beskrivelser af, hvilke indsatser personer med psykisk sygdom ofte modtog (se afsnit 1.2). Det førte til en søgning efter VO, VI, mentorstøtte, samtaler og sundhedsfaglige indsatser, som blev suppleret med brede søgninger som ”psykisk sygdom OG beskæftigelse”. Efterfølgende supplerede jeg med søgninger efter arbejdspladsbaserede, tværfaglige samt tidlige indsatser og IPS. Indsatserne blev nemlig nævnt i flere af de reviews jeg fandt i første omgang.

Det var bemærkelsesværdigt, at jeg ikke fandt studier af rent sundhedsfaglige indsatser med et beskæftigelsesrettet formål. Sundhedsfaglige indsatser blev nærmere studeret indirekte gennem arbejdspladsbaserede- og tidlige indsatser samt IPS. Det kan være et resultat af, at jeg anvendte brede søgeord som ”sundhedsfaglig rådgivning”. Det er også muligt, at mange sundhedsfaglige indsatser sjældent har overgang til beskæftigelse som formål. Formålet er nærmere, at man skal blive rask og derefter opnå beskæftigelse.

De brede søgeord kan også være årsagen til, at jeg ikke fandt studier af personer med psykisk sygdom i relation til VO, VI og mentorstøtte. VO er som demonstreret et meget heterogent område, og jeg søgte f.eks. på ”psykisk syge OG vejledningsforløb” på baggrund af STARS definition. Hvis jeg havde søgt på mere klart definerede forløb, havde jeg muligvis fundet yderligere litteratur.

Der var omvendt også et begrænsningshensyn, fordi VO var så heterogent et indsatsområde, at det i princippet kunne bestå af mange forskellige indsatser. Derfor var mit valg alligevel at fastholde de brede søgeord, og som kompensation anvendte jeg f.eks. funktionen ”all fields” i PubMed. På den måde blev der også søgt i både studiers titler og abstracts.

Oversættelsesproblemer kan have været en begrænsende faktor, fordi der i en engelsksproget kontekst muligvis bruges anderledes fagtermer. For at minimere den risiko forsøgte jeg at bruge samme søgetermer, som jeg genfandt i andre studier. VO oversatte jeg f.eks. til ”non-formal education” i overensstemmelse med Holm et al 2017, og jobcentre til ”job centers” i overensstemmelse med Christensen et al 2019. Oversættelsesproblemerne kan desuden have medført, at jeg overså effektstudier af jobcentre, som sammenlignede fysisk med psykisk sygdom. Jeg forsøgte dog at anvende flere søgetermer end blot ”job centers” såsom ”employment system” eller ”labour market” for at reducere den risiko. Efter mit kendskab findes der derfor ikke effektstudier af jobcentre, som sammenligner personer med fysisk og psykisk sygdom. De typiske effektstudier undersøger nærmere, om jobcentrene er effektive til at få ledige i beskæftigelse, sammenlignet med kommunens udgifter til området. Se f.eks. (Statsrevisorerne & Rigsrevisionen, 2018; Wittrup et al., 2018).

6.3.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

I afsnit 4.3.3 præsenterede jeg mine inklusions- og eksklusionskriterier. Det lykkedes mig ikke at overholde inklusionskriteriet om, at studierne til arbejdsspørgsmål 2 specifikt skulle omhandle personer med psykisk sygdom. Derfor inkluderede jeg studier af ”syge” eller ”udsatte” og vurderede, om der var et sammenligningsgrundlag mellem studiets målgruppe og personer med psykisk sygdom. Det var problematisk, at der ofte indgik både personer med fysiske og psykiske sygdomme i studierne, fordi mine analyser fandt signifikante forskelle mellem personer med fysisk og psykisk sygdom.

Jeg kunne heller ikke overholde eksklusionskriteriet om at ekskludere studier af populationer, som ikke havde problemer udover ledighed. For flere indsatser manglede der litteratur om personer med psykisk sygdom, og i stedet måtte jeg f.eks. inkludere studier af populationer defineret som arbejdsmarkedsparete ledige.

Jeg identificerede to studier om jobcentre bag en betalingsmur, som jeg fandt relevante baseret på deres abstracts. Studierne blev ikke inkluderet, men kunne have informeret diskussionen om mulige prædiktorer for at opnå beskæftigelse. Da de krævede betaling var en mulighed, at de var ramt af funding bias (Lexchin J, 2012). Det kan have indflydelse på bl.a. validiteten i konklusionerne, hvis studierne er påvirket af interesser fra den finansierende part.

6.3.4 Beskæftigelsesministeriets videnshierarki

Selvom jeg anvendte BMs evidenshierarki forholdt jeg mig gennemgående kritisk til deres definition af høj kvalitets studier. Udover RCTs og reviews beskrev de, at *”veludførte registerbaserede effektstudier kan give viden af høj kvalitet. I registerbaserede effektstudier er kontrolgruppen fiktiv og genereres på baggrund af baggrundskarakteristika.”* (Beskæftigelsesministeriet, 2020). Det er en mangelfuld definition, fordi det er ikke tydeligt hvordan de vurderer, om et studie er *”veludført”*. Desuden omtalte BM udelukkende registerbaserede studier, og ikke andre observationelle studietyper, som også kan være af høj kvalitet.

Jeg anvendte selv BMJs kriterier til at vurdere enkeltstudier, og på den måde har jeg forholdt mig systematisk til kvalitetsvurderingen af samtlige studier. I BMs definition nævner de at *”kontrolgruppen genereres på baggrund af baggrundskarakteristika”*, men ikke hvordan man vurderer, om valget af kontrolgruppen var hensigtsmæssigt. Det indebærer vurderinger af forhold såsom, om kontrolgruppen var sammenlignelig med interventionsgruppen, om interventions- og kontrolgruppen var sammenlignelige med den population, man forsøgte at generalisere resultaterne til, og om valget af baggrundskarakteristika blev baseret på indsigter fra tidligere studier, eller om man havde særlige argumenter for at justere for bestemte variable.

6.3.4.1 Stærk evidens

Jeg havde endnu et kritikpunkt til BMs videnshierarki ved vurderingen af evidensgrundlaget for IPS (se afsnit 6.2.1.2). Her vurderede jeg, at BMs definition af *”stærk evidens”* ikke tillod mig at skelne mellem grader af stærk evidens. I BMs definition er de tale om stærk evidens, hvis et review finder resultater med samme retning. Det fandt jeg for IPS, men jeg fandt flere reviews med resultater i samme retning for arbejdspladsbaserede indsatser. Alligevel blev arbejdspladsbaserede indsatser og IPS tillagt samme evidensniveau, selvom der var væsentligt mere evidens for positive effekter af arbejdspladsorienterede indsatser. Desuden er det utilstrækkeligt at konkludere, at der er tale om stærk evidens på baggrund af et review, uden at forholde sig til dets kvalitet. Reviews kan som andre studietyper have varierende kvalitet, og man må vurdere, om der f.eks. blev anvendt særlige inklusions- eller eksklusionskriterier, der øgede risikoen for at inkludere studier med fund i en særlig retning. Derfor vurderede jeg også kvaliteten af reviews på baggrund af BMJs kriterier.

6.3.4.2 Overvægt

Endelig anvendte BM formuleringen *”overvægt”* i deres videnshierarki. Jeg mente, at det var en mangelfuld terminologi, og vurderede i stedet evidensniveauer både ud fra studiers kvalitet, og ud fra den relative fordeling af studier der fandt positive, ingen eller negative effekter. BM definerer bl.a. stærk evidens som *”en absolut overvægt på tre eller flere effektstudier af høj kvalitet med fund i samme retning”* – det vil i bogstavelig forstand føre til en vurdering af stærk evidens, hvis 53 ud af 100 studier fandt resultater med samme retning. Derfor er vurderinger på baggrund af absolutte fordelinger uhensigtsmæssige, og jeg anvendte i stedet en relativ tilgang.

6.3.5 Øvrige begrænsninger

Mine fund var som sagt ikke en komplet afdækning af den aktive beskæftigelsesindsats. Beskæftigelsesområdet er stort, og selv de mest omfattende reviews formår ikke at afdække effekter af samtlige indsatstyper (se f.eks. Rosholm & Svarer 2012). I stedet forsøgte jeg at afgrænse min udvælgelse af indsatser på baggrund af flere kilder, som beskrev hvilke indsatser, der er mest udbredte i beskæftigelsesindsatsen for personer med psykisk sygdom.

6.3.5.1 Mange forhold spiller ind

Der gennemføres løbende reformer på beskæftigelsesområdet, hvilket har betydning for både den passive og den aktive beskæftigelsesindsats (*Reformer på beskæftigelsesområdet*, 2020). Det kan være i form af, at der løbende ændres betingelser for at modtage overførselsindkomst. Det kan også være i form af, at særlige indsatstyper løbende bliver målrettet til særlige grupper. Albæk et al 2015, beskrev f.eks. at mentorordningen begyndte i 2003, og blev anvendt på bredt definerede ledighedsgrupper. Ved kontanthjælpsreformen i 2014 blev den målrettet til personer på kontant- eller uddannelseshjælp. Når målgrupperne løbende ændres, er det metodisk svært at afgrænse effekten af en indsat for særlige målgrupper, og på den måde er der en stor risiko for, at man overser potentielt vigtige nuancer.

Endeligt er effekterne af de aktive indsatser kun et udsnit af forhold, som har betydning for om personer med psykisk sygdom er i beskæftigelse. F.eks. vurderer nogle forfattere, at den økonomiske konjunktur samt både den lediges og sagsbehandlerens forventninger til om den ledige kommer i arbejde, har betydning (Nielsen 2011; Rosholm & Svarer 2012).

6.3.6 Begrænsninger ved data fra Psykiatrifonden

Herunder gennemgår jeg begrænsninger ved datagrundlaget og spørgeskemaet.

6.3.6.1 Tværnsnitsdata

En begrænsning ved tværnsnitsdata er, at man ikke har en tidsmæssig adskillelse mellem årsag og effekt. Derfor er det et fortolkningsspørgsmål om f.eks. **sygdomstypen** førte til en **helbredsforværring**, eller om **helbredsforværringen** førte til sygdom. Til gengæld formulerede Psykiatrifonden spørgsmålene på en hensigtsmæssig måde, ved f.eks. at spørge om kontakten til jobcenteret **forbedrede/forværrede livskvaliteten**.

6.3.6.2 Ekstern validitet

Der er begrænsninger i resultaternes overførbare til alle danskere med psykisk sygdom i et jobcenterforløb. Deltagerne kom fra tre fagforeninger, hvoraf langt størstedelen var fra FOA. Det betød, at de fleste deltagere havde grundskole eller erhvervsfaglig uddannelse (66%). Størstedelen af deltagerne var desuden kvinder (74%), og gennemsnitsalderen var 50,5 år i de aktuelle og 49,5 år i de tidligere forløb. Jeg kunne heller ikke udtale mig om specifikke diagnoser, så derfor var den konkrete fordeling af sygdomme ukendt.

Der kan også være forskelle på deltagerne og andre personer, som ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. De forskelle kunne jeg af gode grunde ikke undersøge. Til gengæld var der en forholdsvis lige fordeling af deltagere fordelt på landets regioner. Selvom den højeste andel boede i Region Hovedstaden (23%), var der stadig et forholdsvis højt antal deltagere fra den mindst repræsenterede Region Sjælland (13%).

6.3.6.3 Opdelingen i aktuelt og tidligere forløb

Opdelingen i aktuelle og tidligere forløb medførte særligt begrænsninger for de tidligere forløb. Her var studiepopulationen mindre, og sammenligningsgrundlaget var derfor småt på udfaldet **varighed**, hvor 46 deltagere var langtidsledige. For at undgå overjustering, blev antallet af inkluderede variable derfor delvist baseret på korrelationstests mellem **sygdomstypen** og udfaldene. Det kan i sig selv have været problematisk, da nogle associationer først bliver tydelige under hensyntagen til yderligere variable (Field, 2013, s. 323). Det forsøgte jeg at kompensere for ved at inkludere variable, som havde signifikante associationer i de aktuelle forløb.

Risikoen for recall-bias var også forøget i de separate analyser af de tidligere forløb. Det kan særligt have haft betydning for analyserne af jobcenterforløbets påvirkning af helbred og livskvalitet, fordi deltagerne tænkte langt tilbage, når de besvarede spørgsmålene. Opdelingen havde også betydning for det samlede antal tests der blev foretaget, og det medførte en øget risiko for type 1 fejl (Kreiner, 2018, s. 266).

De forskellige fordelinger af data i de aktuelle og tidligere forløb (tabel 8) kan også have haft betydning for fundene i de enkelte analyser. Ifølge de store tals lov vil den observerede middelværdi gå mod den sande middelværdi for populationen, når antallet af observationer går mod uendelig (Kreiner, 2018, s. 110). Det lavere antal observationer i de tidligere forløb medfører altså en større risiko for, at studiepopulationens gennemsnitlige værdier på udfaldsvariablene afviger fra "de sande" gennemsnit for syge danskere i et jobcenterforløb.

6.3.6.4 Sammenligningsgrundlaget

Sygdomstypen blev opdelt efter primært fysisk eller psykisk sygdom, eller en kombination af begge. Derfor var det ikke muligt at forholde sig til nuancer omkring, præcist hvilken sygdom der var tale om. Derfor kan data i princippet bestå af personer med svære fysiske sygdomme som kræft, der sammenlignes med personer, som har mildere psykiske helbredsproblemer som stress. Det omvendte kan også være tilfældet.

En lignende problematik består i, at udfaldsvariablene blev dikotomiseret. Her kan der særligt være tabt en række nuancer for udfaldet **varighed**, som oprindeligt blev målt på en ti-trinsskala fra seks måneder eller derunder, til femten år eller derover. Var en given **sygdomstype** særligt associeret med meget lange ledighedsperioder, var den forskel ikke mulig at opdage ved inddelingen af ledighedsperioder i over/under et år.

6.3.6.5 Spørgeskemaet

Psykiatrifonden gennemførte pilottests i udarbejdelsen af spørgeskemaet. De rekrutterede informanter gennem et Facebookopslag, hvor de søgte ufaglærte personer, eller personer med kort uddannelse, som havde været syge og i et jobcenterforløb. Deres rationale for at vælge målgruppen var, at de formodede, at akademikere både var i stand til at forstå og besvare spørgeskemaet.

Fem respondenter blev udvalgt, og spurgt om elementer som forståelsen af spørgsmålene, om de var meningsfulde, om man ønskede andre formuleringer, om man ønskede yderligere/færre svarmuligheder mv. Feedbacken var overordnet positiv, selvom én informant mente, at spørgeskemaet gerne måtte være længere. En anden informant savnede muligheden for at uddybe sit svar.

6.3.6.5.1 Validering

Ideelt set kunne der være gjort yderligere for at validere spørgeskemaet, selvom en grundig konstruktion er en langvarig proces (Fayers & Machin, 2007, s. 33). Det ville være hensigtsmæssigt at gennemføre en konceptualisering af spørgsmålene om påvirkninger af helbred og livskvalitet, og tydeliggøre hvad man præcist forstod ved begreberne. Først derefter kunne Psykiatrifonden have gennemført pilottests på stikprøver af den population de ville beskrive. Altså også på akademikere, fordi det er utilstrækkeligt at antage at de forstår spørgsmålene – udover forståelsen kan der være andre forhold såsom ønsker til andre svarmuligheder. Som supplement til pilottestene havde det også været hensigtsmæssigt at gennemføre kognitive interviews. Kognitive interviews kunne have bidraget med en forståelse af folks tankeproces, når de besvarede et spørgsmål (Fayers & Machin, 2007, s. 77). Hvordan blev spørgsmålet forstået? Hvilken information blev brugt i besvarelsen af spørgsmålet, og hvordan forløb selve svarprocessen? Undervejs ville man fokusere på potentielle problemer, og eventuelt justere spørgeskemaet på den baggrund (ibid)

Gennem en konceptualisering af begreberne havde man forholdt sig til indholdsvaliditeten. Det er et udtryk for, om et instrument afspejler det, man vil undersøge på en meningsfuld måde (Fayers & Machin, 2007, s. 90–91). F.eks. om formuleringen af spørgsmålene, afspejlede det man mente ved påvirkning af helbred og livskvalitet. Ved brug af kognitive interviews havde man ligeledes forholdt sig til begrebsvaliditeten, som er et udtryk for, om spørgeskemaet var effektivt til at måle det, det var udviklet til (Fayers & Machin, 2007, s. 96–98). F.eks. om respondenteres tankeproces inkluderede overvejelser om begrebernes betydning, der stemte overens med Psykiatrifondens konceptualisering af påvirkning af helbred og livskvalitet.

I det optimale scenarie kunne man også forholde sig til kriterievaliditeten, som består i at vurdere spørgeskemaet op mod en standardværdi (Fayers & Machin, 2007, s. 94). Det kunne f.eks. have været ved at sammenholde spørgeskemaets målinger af livskvalitetspåvirkninger med et valideret instrument til lignende målinger. I praksis ville det dog være svært at gøre, da spørgsmålet specifikt omhandlede påvirkninger fra et jobcenterforløb, og ikke generelle vurderinger af livskvalitet.

6.3.6.5.2 Reliabilitet og globale spørgsmål

Et spørgeskemas reliabilitet kan overordnet opdeles i intern reliabilitet, og reliabilitet i forhold til stabiliteten af gentagne målinger (Fayers & Machin, 2007, s. 104). Intern reliabilitet omhandler, hvorvidt enkelte items (underspørgsmål) på multiitem-skalaer måler det samme. Det kunne være i form af, at livskvalitetspåvirkninger blev målt som et gennemsnit af værdier fra flere items, der tilsammen udgjorde en skala. I undersøgelsen blev der ikke anvendt multiitem-skalaer, og derfor blev der heller ikke undersøgt intern reliabilitet. Der er heller ikke gennemført gentagne målinger, fordi data blev indsamlet i tværsnitsformat. Derfor blev reliabiliteten heller ikke testet.

Fravalget af multiitem-skalaer medfører både fordele og ulemper. En ulempe ved globale (overordnede) spørgsmål om komplekse begreber er, at de kan være svære at fortolke (Fayers & Machin, 2007, s. 38). Havde man defineret items, der tilsammen repræsenterede positive/negative påvirkninger af livskvalitet, kunne man fortolke associationer mere præcist. Omvendt er en fordel ved globale spørgsmål, at de giver informanterne mulighed for selv at fortolke betydningen af spørgsmålet på en meningsfuld måde. Det giver plads til individuelle forskelle i forståelsen af begreberne (ibid).

7. Konklusion og anbefalinger til videre forskning

Specialets genstadsfelt var todelt, fordi jeg 1) undersøgte forskelle mellem personer med psykisk og fysisk sygdom i et jobcenterforløb, og 2) fordi jeg undersøgte effektstudier af den aktive beskæftigelsesindsats for personer med psykisk sygdom.

Herunder konkluderer jeg på min problemformulering, og kommer samtidigt med fire anbefalinger til videre forskning. Problemformuleringen lød:

Hvordan påvirker et jobcenterforløb livskvalitet og helbred blandt personer med psykisk sygdom, sammenlignet med personer med fysisk sygdom, og er der forskel på varigheden af deres jobcenterforløb? Hvad er evidensgrundlaget bag de mest udbredte indsats typer i den aktive beskæftigelsesindsats, specifikt eller tilnærmelsesvist for personer med psykisk sygdom?

For at besvare **første del af problemformuleringen**, fandt jeg ikke andre studier som sammenlignede personer med fysisk eller psykisk sygdom i et jobcenterforløb. På baggrund af mine statistiske analyser vurderede jeg, at der var tegn på, at personer med psykisk sygdom havde et længere jobcenterforløb, når der var tale om afsluttede forløb. Det kan muligvis skyldes, at forskellen mellem grupperne først var tydelig ved analyser af afsluttede forløb. Til gengæld kunne jeg ikke afgøre, om deltagerne opnåede beskæftigelse eller ej.

Jeg vurderede også, at der var stærke tegn på, at personer med psykisk sygdom i højere grad oplevede forbedringer af helbred og livskvalitet end personer med fysisk sygdom. Kontraintuitivt fandt jeg svage tegn på, at personer med psykisk sygdom i højere grad oplevede en helbredsforværring. En af de mulige forklaringer var, at deltagerne både kunne besvare spørgsmål om forbedringer eller forværringer. Endelig fandt jeg ingen tegn på en association mellem **sygdomstypen** og en **forværring af livskvalitet**.

Fraværet af sammenlignelige studier kan skyldes en forskningsmæssig tradition om at definere målgrupper ud fra deres relation til beskæftigelsessystemet. Altså om den ledige f.eks. er aktivitets- eller arbejdsmarkedsparat, kontanthjælps- eller dagpengemodtager. Rent intuitivt er det også meningsfulgt, at man anvender de samme termer i forskning og praksis. Jeg anbefaler dog at:

Effekter af jobcenterforløb skal studeres separat for personer med psykisk sygdom. Det er utilstrækkeligt at studere "syge ledige", fordi personer med psykisk sygdom gennemsnitligt har en lavere beskæftigelsesandsynlighed og et længere jobcenterforløb end personer med fysisk sygdom.

Som demonstreret kan mange biopsykosociale faktorer have betydning for, om personer med psykisk sygdom opnår eller fastholdes i beskæftigelse. Desuden kan et jobcenterforløb medføre både positive og negative helbredseffekter. Derfor anbefaler jeg yderligere:

Studier af beskæftigelsesindsatsers effekt, skal så vidt muligt tage højde for både biologiske, psykologiske og sociale forhold. Udover beskæftigelseseffekter bør studierne måle effekter på helbredsrelaterede udfald, så man sikrer sig ikke at forværre syge menneskers helbred.

På den måde bliver forudsætningerne bedre for at diskutere, om sygdomstyper potentielt kan indgå i multikausale netværk, som er tilstrækkelige til, at der opstår en given effekt af et jobcenterforløb. Det skyldes at 1) Bültman et al 2008 fandt, at sværhedsgraden af psykisk sygdom havde betydning (biologisk), mens 2) Nielsen et al 2011 fandt, at egen forventning til at komme i arbejde var af betydning (psykologisk), og 3) Amilon & Andersen 2019 fandt at samspillet mellem den ledige og sagsbehandleren havde betydning (socialt).

For at besvare **anden del af problemformuleringen**, vurderede jeg med udgangspunkt i BMs videnshierarki, at der var stærk evidens for arbejdspladsbaserede indsatser og IPS for personer med psykisk sygdom. Førstnævnte var effektivt til fastholdelse af beskæftigelse og sidstnævnte til overgang til beskæftigelse. Derimod var der modstridende beskæftigelseseffekter af tidlige og tværfaglige indsatser, samt samtaler for personer med psykisk sygdom. Endeligt fandt jeg ikke studier, der specifikt omhandlede personer med psykisk sygdom i relation til beskæftigelseseffekter af VO, VI og mentorstøtte.

Jeg påpegede at BMs videnshierarki, ikke tillod mig at skelne mellem grader af ”stærk evidens”. Det fandt jeg problematisk i skelnen mellem evidensniveauer for IPS og arbejdspladsbaserede indsatser. Desuden vurderede jeg, at der i BMs beskrivelser manglede retningslinjer til at afgøre studiers kvalitet og samlede evidensniveauer. Derfor anbefaler jeg at:

Der skal tilføjes flere retningslinjer for kvalitets- og relative evidensvurderinger i beskrivelsen af Beskæftigelsesministeriets videnshierarki. Derudover er det utilstrækkeligt at vurdere, at der er ”stærk evidens” for en indsats på baggrund af et review. Et review skal kvalitetsvurderes i lige så høj grad som andre studier.

I litteraturgennemgangen af den aktive beskæftigelsesindsats fandt jeg kun få studier af indsatser, som specifikt fokuserede på personer med psykisk sygdom. I diskussionen forholdt jeg mig særligt til tre gennemgående kritikpunkter, og anbefaler derfor:

Fremtidige studier af beskæftigelsesindsatsen skal 1) være tydelige om rationaler bag valg af mål- og kontrolgrupper, samt hvad studiepopulationer og kontrolgrupper konkret deltager i 2) opnå konsensus om, hvordan de aktive indsatser defineres og underinddeles, og 3) opnå konsensus om, hvilke effektmål og tidshorisonter man vil anvende i vurderingen af, om en indsats er effektiv.

Særligt VO viste sig at være et heterogent indsatsområde, som flere forfattere afgrænsede forskelligt. Når der mangler konsensus om, hvilke delelementer der udgør en indsatstype, og man samtidigt ikke kan udlede hvad studiedeltagere konkret har deltaget i, er det svært at udtale sig om effekten af en indsats.

Tilsvarende må der opnås større konsensus om valg af tidshorisonter og effektmål. Når der ikke er konsensus om, hvor længe der må gå, før en indsats vurderes effektiv eller ej, bliver mange vurderinger baseret på effekter målt over arbitrære tidshorisonter. Det kan særligt være problematisk for indsatser, som først viser en effekt efter lang tid. Ligeledes må der være større konsensus om, hvilke effektmål man skal anvende. De fleste studier anvendte målinger af direkte effekter primært i form af overgang til beskæftigelse, hvilket er utilstrækkeligt. I stedet må man både forholde sig til effekter på mobilisering og varig tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked, og gerne indirekte effektmål som sorterings- og motivationseffekter. Derudover bør man måle helbredsrelaterede udfald, så man sikrer sig, at et jobcenterforløb ikke forværrer lediges helbred.

Helbredsrelaterede udfald udgjorde kun et delelement af mine samlede litteratursøgninger. Jeg fandt dog sjældent studier, der inkluderede det perspektiv på beskæftigelsesindsatsen. Derfor virker det symptomatisk for feltet, at helbredsrelaterede udfaldsmål sjældent findes relevante. På STARS "Jobeffekter.dk", kan man f.eks. primært fremsøge studier med effektmål som "andel beskæftigede", "selvforsørgede", eller "raskmeldinger". Hvis man inkluderede et fokus på godt helbred og en høj livskvalitet, kunne man forholde sig mere nuanceret til, hvordan man opnår gode og varige ansættelser – ikke blot hvor hurtigt ledige opnår beskæftigelse.

8. Referencer

- Albæk, K., Bach, B. B., Bille, R., Graversen, B. K., Holt, H., Jensen, S., Jonassen, A. B., & SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd. (2015). *Evaluering af mentorordningen*.
- Albæk, K., Bach, H. B., Jensen, S., & SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (2012). *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige: En litteraturoversigt*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Amilon, A., & Andersen, H. L. (2019). *Sagsbehandlerrelaterede forhold som påvirker lediges jobchancer: Litteraturgennemgang*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Andersen, H. L., Kiil, A., & Pejtersen, J. H. (2019). *Litteraturoversigt over effektstudier af indsatser til at nedbringe sygefravær: Rapport*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Arendt, J. N. (2013). *Effekter af kurser med vejledning og særligt tilrettelagt opkvalificering for ledige: En oversigt over danske og internationale kvantitative studier*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Bach, H. B., & Holt, H. (2016). *De udsatte grupper på arbejdsmarkedet*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Beskæftigelsesministeriet. (2020). *Beskæftigelsesministeriets Videnshierarki*.
<https://bm.dk/media/7279/videnshierarki.pdf>
- Beskæftigelsesregion Nordjylland og, & Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland. (2009). *Mulige veje til uddannelse og job for unge med psykiske barrierer En analyse af indsatsen i Beskæftigelsesregion Nordjylland og Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland*.
- BMJ. (2020). *Resources for reviewers | The BMJ*. <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-reviewers>
- Bonflis, I. S. (2015). *Beskæftigelsesrettede indsatser for mennesker med psykiske lidelser—Et pilotstudie*.
- Borg, V. (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden arbejde*. Arbejdstilsynet : Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Bultmann, U., Christensen, K. B., Burr, H., Lund, T., & Rugulies, R. (2008). Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: A 10-year follow-up study in Denmark. *The European Journal of Public Health, 18*(3), 232–234. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm132>
- CabiWeb. (2020). *Læs alt om jobafklaringsforløb—Cabi*. <https://www.cabiweb.dk/lovstof/jobafklaringsforloeb/>

- Christensen, T. N., & Eplov, F. E. (2018). *Resultater fra IPS projektet—Individuelt Planlagt Job med Støtte (IPS) og træning i sociale og kognitive færdigheder til personer med en alvorlig sindslidelse.*
- Christensen, T. N., Wallstrøm, I. G., Stenager, E., Bojesen, A. B., Gluud, C., Nordentoft, M., & Eplov, L. F. (2019). Effects of Individual Placement and Support Supplemented With Cognitive Remediation and Work-Focused Social Skills Training for People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(12), 1232. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2291>
- Deloitte. (2017a). *Evaluering af jobafklaringsforløb* (Evalueringsrapport).
- Deloitte. (2017b). *Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats* (Evalueringsrapport).
- Drews, B., Nielsen, C. V., Rasmussen, M. S., Hjort, J., & Bonde, J. P. (2007). Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: A controlled study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(1), 86–94. <https://doi.org/10.1080/14034940600868598>
- Eplov, L. F., & Korsbek, L. (2012). *Arbejdsmarkedsrettede indsats for personer med affektive sindslidelser eller angstsygdomme Prædiktorer, prognostiske faktorer og effekt af konkrete interventioner—Et systematisk litteraturstudie.*
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (2. ed). Wiley.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock “n” roll* (4th edition). Sage.
- Finansministeriet. (2018). *Aktiv beskæftigelsesindsats.*
- Goldman, M. (2008). *Why is multiple testing a problem?* Berkley Statistics.
- Graversen, B. K. (2012). *Effekter af virksomhedsrettet aktiveringsrettet aktivering for udsatte ledige: En litteraturoversigt.* SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Greenhalgh, T. (1997). How to read a paper Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal*.
- Hellström, L., Bech, P., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., Lindschou, J., & Eplov, L. F. (2017). Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: Results of a randomised clinical trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(10), 717–725. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104248>

- Holm, A., Høgelund, J., Gørtz, M., Rasmussen, K. S., & Houlberg, H. S. B. (2017). Employment effects of active labor market programs for sick-listed workers. *Journal of Health Economics*, 52, 33–44.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.01.006>
- Holmboe, L. (2012). *Inkluderende mentorering: At skabe sig en verden at leve i: monografi*. Institut for Miljø, Samfund og Rumlig forandring, Roskilde Universitet.
- Høgelund, J. (2012). *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte: En litteraturoversigt*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Høgelund, J., & Eplov, L. F. (2018). Employment effects of a multidisciplinary health assessment for mentally ill persons – A quasi-randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 389–399.
<https://doi.org/10.1177/1403494817723458>
- IBBIS. (2020). <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/ibbis/Sider/default.aspx>
- Jacobi, C. B., & Gahrn, J. K. (2019). *Hvad betyder psykiske lidelser for beskæftigelsen, og hvordan kommer flere i job?* Projekt: Flere borgere med psykiske lidelser i beskæftigelse Finansieret af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.
- Jacobsen, R. H., Seier Petersen, J., Wittek-Holmberg, R., Boll Hansen, E., & Eskelinen, L. (2018). Barrierer og indsats for borgere på kanten Et litteratur- og interviewstudie. *VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K www.vive.dk*.
- Jager, K. J., Zoccali, C., MacLeod, A., & Dekker, F. W. (2008). Confounding: What it is and how to deal with it. *Kidney International*, 73(3), 256–260. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002650>
- Jensen, T. P., & Andersen, H. L. (2012). Virker aktivering for udsatte unge? En vidensopsamling om effekten af beskæftigelsesindsatser rettet mod udsatte unge. *KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning*.
- Juul, S. (2013). *Epidemiologi og evidens* (2. udgave). Munksgaard.
- Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M., & Blettner, M. (2011). Randomized Controlled Trials. *Deutsches Ärzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0663>
- Kreiner, S. (2018). *Statistisk problemløsning: Præmisser, teknik og analyse*. Jurist- og Økonomforbundet.

- Lani, J. (2019). Assumptions of Logistic Regression. *Statistics Solutions*.
<https://www.statisticssolutions.com/assumptions-of-logistic-regression/>
- Lexchin, J. (2012). Sponsorship bias in clinical research. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 24(4), 233–242. <https://doi.org/10.3233/JRS-2012-0574>
- Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, Pub. L. No. LOV nr 548 (2019).
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209082>
- Laaksonen, M., Metsä-Simola, N., Martikainen, P., Pietiläinen, O., Rahkonen, O., Gould, R., Partonen, T., & Lahelma, E. (2012). Trajectories of mental health before and after old-age and disability retirement: A register-based study on purchases of psychotropic drugs. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(5), 409–417. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3290>
- Madsen, K. (2016). *Ressourceforløb—Resultat af ressourceforløb afsluttet i 2012-2015 for personer under 40 år*. analyse!
- Mehlsen, L. (2019). Udsatte borgeres oplevelse af Jobcenter København. *VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K www.vive.dk*.
- Mikkelsen, M. B., & Rosholm, M. (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(9), 675–686. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14–22.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Mortensen, O. S., Region Sjælland, & Arbejds- og Socialmedicinsk afdeling. (2017). *Litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med arbejdsskader: Rapport*. Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus.
- Nielsen, C. (2020). *Statistikdokumentation: Langtidsledighed*.
<https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/langtidsledighed>

- Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E. H., Bultmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study. *The European Journal of Public Health, 21*(6), 806–811. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq171>
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Denmark*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264188631-en>
- Overland, S., Glozier, N., Henderson, M., Maeland, J. G., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2008). Health status before, during and after disability pension award: The Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational and Environmental Medicine, 65*(11), 769–773. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.037861>
- Reformer på beskæftigelsesområdet*. (2020). <https://star.dk/reformer/>
- Rode Larsen, M., & Larsen, M. (2018). *Personer med fysiske handicap og psykiske lidelser: Sammenhæng mellem personkarakteristika og beskæftigelsesmuligheder*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Rode Larsen, M., Larsen, M., & SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (2017). *Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016*. SFI.
- Rosholm, M., & Svarer, M. (2011). *Effekter af virksomhedsrettet aktivering i den aktive arbejdsmarkedspolitik*.
- Rosholm, M., & Svarer, M. (2012). *Overordnede effekter af aktiv arbejdsmarkedspolitik*.
- Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 13*(2), 77. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.55123>
- Sieling-Monas, S. M. (2018). *FOR SYG TIL AT VÆRE RASK - MEN RASK NOK TIL AT ARBEJDE? EN EVALUERING AF REHABILITERENDE BESKÆFTIGELSESSINDSATSER FOR MODTAGERE AF SYGEDAGPENGE*. Aalborg Universitet.
- STAR. (2020f). *Jobafklaringsforløb*. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/jobafklaringsforloeb/>
- STAR. (2020c). *Mentorordningen—Om mentorstøtte, ordningens målgruppe m.m.* <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/mentorordningen/om-mentorstoette-ordningens-maalgruppe/>
- STAR. (2020e). *Rehabiliteringsteam*. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/rehabiliteringsteam/>

- STAR. (2020b). *STAR, Vejledning og opkvalificering*. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/jobrettet-voksen-og-efteruddannelse-veu/uddannelser-for-ledige/ordninger-jobrettet-veu/vejledning-og-opkvalificering/>
- STAR. (2020d). *Virksomhedsrettede redskaber*. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/virksomhedsrettede-redskaber/>
- STAR. (2020). *Indsatser ved sygdom, nedslidning mv*. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/>
- Statsrevisorerne, & Rigsrevisionen. (2018). *Beretning om jobcentrenes effektivitet: Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.* Statsrevisorerne.
- Vej Toft, L. (2016). *Hvad kendetegner personer visiteret til ressourceforløb?*
- WHO | *The determinants of health*. (2010). WHO; World Health Organization.
<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- WHO | *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. (2010). WHO; World Health Organization.
<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>
- Wittrup, J., Bolvig, I., & Houllberg, K. (2018). *Benchmarking af jobcentrene Bidrag til Rigsrevisionens undersøgelse af jobcentrene*.