

# **En tværfaglig, virksomhedsrettet indsats for borgere sygemeldt med rygbesvær i Aarhus Kommune**

Udarbejdet af  
Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning



**En tværfaglig, virksomhedsrettet indsats for borgere sygemeldt med rygbesvær i Aarhus Kommune**

©DEFACTUM, Region Midtjylland, november 2020

Sprog: Dansk

Korrektur: Inger Hornbech

Rapporten er sat med: Verdana

ISBN: 978-87-93829-05-3 (pdf/elektronisk version)

Rapporten er udarbejdet af:

Nanna Rolving, seniorforsker

Anne Grøndahl Poulsen, forskningsassistent

Center for Praksisnær Rehabiliteringsforskning, DEFACTUM

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Rolving N, Poulsen AG.

Titel: En tværfaglig, virksomhedsrettet indsats for borgere sygemeldt med rygbesvær i Aarhus Kommune

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2020

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

MarselisborgCentret

P.P. Ørums Gade 11, byg. 1

8000 Aarhus C

E-mail: [defactum@rm.dk](mailto:defactum@rm.dk)

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	Projektets baggrund og formål .....	4
1.1	Baggrund.....	4
1.2	Formål.....	4
<b>2</b>	Projektets metode .....	5
2.1	Design og setting .....	5
2.2	Studiepopulation.....	5
2.3	Interventioner .....	5
2.4	Evaluering af interventionen .....	6
2.4.1	Effektevaluering.....	6
2.4.2	Procesevaluering.....	6
2.4.3	Kvalitativ evaluering .....	6
2.5	Dataindsamling og statistisk analyse .....	6
2.6	Kvalitativ undersøgelse.....	7
2.6.1	Borgerinterviews.....	7
2.6.2	Interviews med fysioterapeuter og jobkonsulenter .....	7
2.6.3	Analyse af interviews.....	8
<b>3</b>	Projektets resultater .....	9
3.1	Beskrivelse af deltagerne .....	9
3.1.1	Demografiske karakteristika, socioøkonomiske og helbredsrelaterede forhold .....	9
3.1.2	Socioøkonomiske forhold (spørgeskemadata) .....	10
3.1.3	Helbredsrelaterede forhold (spørgeskemadata) .....	11
3.2	Primære og sekundære effektmål.....	11
3.2.1	Primært effektmål - raskmelding.....	11
3.2.2	Sekundære effektmål: Funktionsevne, tiltro til arbejdstilbagevendelse og fear-avoidance .....	12
3.3	Resultater vedrørende borgernes forløb i jobcenteret.....	13
3.3.1	Kvalitative fund .....	14
3.4	Opsamling på kvalitative analyser .....	21
3.5	Deltagelse i den fysioterapeutiske intervention .....	22
3.5.1	Per protokol-analyse.....	22
3.5.2	Proces evaluering / fidelity analyse .....	23
3.5.3	Kvalitative resultater i relation til den fysioterapeutiske intervention.....	23
3.6	Opsamling på kvalitative analyser afsnit 3.5. ....	27
<b>4</b>	Diskussion .....	28
4.1	Rekruttering af borgere til spørgeskemaundersøgelse og interviews .....	28
4.2	Manglende tilslutning til den fysioterapeutiske indsats .....	28
4.3	Præmissen for samarbejde mellem fysioterapeut og jobkonsulent .....	29
4.4	Jobkonsulenternes rammer .....	29
4.5	Afsluttende kommentarer.....	30
<b>5</b>	Referencer .....	31

# 1 Projektets baggrund og formål

## 1.1 Baggrund

Lænderygsmarter er en af de mest almindelige muskuloskeletale lidelser, som op mod 70-85 % af alle voksne på et tidspunkt i deres liv vil opleve (1). Samfundsøkonomisk har denne gruppe stor betydning, da den på verdensplan er den største årsag til funktionsevnedssættelse (2). I Danmark har erhvervsaktive personer med lænderygsmarter årligt 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lænderygsmarter. Lænderygsmarter omfatter 20 % af alle sygefraværdsdage og er dermed den hyppigste årsag til sygedage (1,3). Samlet set medfører lænderygsmarter en samfundsøkonomisk byrde på ca. 12 mia. kr., hvoraf den største omkostning skyldes tabt produktion på grund af sygefravær fra arbejdsmarkedet (3). Årsagerne til sygefravær er multifaktorielle og findes både på individ-, system-, og samfunds niveau (4,5). De indsatser, der har vist god effekt på arbejdstilbagevendelse, er af samme årsag komplekse interventioner, som bør iværksættes på flere niveauer. Særligt ser det ud til at være væsentligt med en tidlig integreret sundheds- og beskæftigelsesindsats, der understøtter den sygemeldte borger tilbage til et godt og holdbart arbejdsliv (4,6-8). Desværre viser en række nationale rapporter, at manglende koordinering mellem sundheds- og beskæftigelsesforvaltningerne er et stort problem i Danmark (9-11). Dette forårsager ineffektive forløb, hvor den arbejdsrettede rehabilitering forsinkes. Ligeledes medfører den manglende koordinering, at borgeren oplever stor usikkerhed på grund af modstridende krav og mål (9,10,12). Der peges i rapporterne på, at for at opnå succesfuld arbejdstilbagevendelse for sygemeldte, er det afgørende, at sundhedsfaglige og jobkonsulenter arbejder tæt sammen omkring og med borgeren.

I Aarhus Kommune bruges årligt ca. 380 millioner kroner på sygedagpenge og andre sygdomsforløb. Det er ikke muligt at identificere, hvor stor en andel af dette beløb der kan henføres til borgere sygemeldt med rygbesvær, men på landsplan er det estimeret, at 20% af alle sygedage skyldes lænderygsmarter (1). Aarhus Kommune har ønsket at afprøve og iværksætte et projekt, hvor fysioterapeuter med indgående kendskab til både rygområdet samt beskæftigelseslovgivningen ansættes i sygedagpengeafdelingen, til at varetage en fremrykket indsats i tæt samarbejde med jobkonsulenterne, med henblik på bedre at kunne understøtte borgerens tilbagevenden til arbejde.

## 1.2 Formål

At undersøge, om tilknytning af fysioterapeuter til beskæftigelsesindsatsen i Aarhus Kommune kan få borgere sygemeldt med rygbesvær hurtigere tilbage i arbejde, øge deres funktionsniveau og tiltro til egen arbejdssevne.

## 2 Projektets metode

### 2.1 Design og setting

Projektet blev udført som en prospektiv kontrolleret undersøgelse, som inkluderede borgere sygemeldt med lænderygsmærter i perioden 1. april 2019 til 10. juni 2020. Projektet foregik ved sygedagpengeafdelingen, Job og Sundhed, i Aarhus Kommune. Afdelingen var i perioden organiseret i to afdelinger med hver 4 teams, med hver ca. 8 jobkonsulenter og 2-3 fastholdelses- og virksomhedskonsulenter. Visitationen af sygemeldte borgere til de to afdelinger foregik fra Ydelsescenteret, som er placeret både fysisk og organisatorisk uafhængigt af sygedagpengeafdelingen, og visitatorerne havde ikke kendskab til nærværende projekt, men visiterede til de to afdelinger efter vanlig praksis, med henblik på at opnå en nogenlunde tilfældig fordeling af borgere til de to afdelinger.

### 2.2 Studiepopulation

Projektet inkluderede alle borgere, der var sygemeldt på grund af rygbesvær i forventeligt >8 uger i projektperioden (1. april 2019 og frem til 1. april 2020). Relevante borgere blev identificeret via screening af oplysningssedler i visitationen (Ydelsescenter Aarhus), og journalerne mærkes i kommunens system (Fasit) med henblik på iværksættelse af indsats, monitorering og evaluering af indsatser.

### 2.3 Interventioner

*Kontrolafdeling:* I henhold til vanlig praksis fik alle sygedagpengemodtagere efter 8 ugers sygemelding tilknyttet en jobkonsulent, og ved behov også en fastholdelses- eller virksomhedskonsulent, afhængig af deres arbejdsstatus. Jobkonsulenten, som er sagsbehandler, havde mulighed for at tilknytte en fysioterapeut via Sociallægeinstitutionen jf. forløbsprogrammet for lænderygsmærter, hvis jobkonsulenten vurderede dette relevant. Typisk vil dette først ske efter >16 ugers sygemelding, og i så fald blev dette registreret i projektøjemed.

*Forsøgsafdeling:* I forsøgsafdelingen blev der i projektperioden tilknyttet to fysioterapeuter, med følgende opgaveportefølje:

- 1) En borgerrettet intervention, som kan bestå af tre forskellige tiltag:
  - a) Fysioterapeutisk samtale og undersøgelse: Formålet med samtalen er en afklaring af borgerens situation i forhold til håndtering af rygsmerter, sygemelding samt arbejds- og hverdagsliv. Samtalen er fundamentet for det videre forløb med borgeren og kan inkludere en fysioterapeutisk undersøgelse.
  - b) Træningsinstruktion: Instruktion af forskellige trænings- og motionsformer og præsentation af smerte- og træningsteori med henblik på at øge funktionsniveauet hos borgerne.
  - c) Virksomhedsbesøg: Formålet med virksomhedsbesøg er at afklare arbejdsforhold herunder borgerens arbejdsfunktioner, arbejdsstillinger, behov for hjælpemidler samt sparring vedrørende arbejdstid og optrappingsplaner.

2) En konsulentrettet intervention, bestående af rådgivning og sparring med jobkonsulenter og fastholdelses-/virksomhedskonsulenter. I forhold til sparring bidrog fysioterapeuten med viden om borgerens funktionsniveau, tolkning af lægeerklæringer og rådgivning om, hvilke tiltag der kan være hensigtsmæssige i forhold til at få borgeren tilbage i arbejde.

## 2.4 Evaluering af interventionen

Da der er tale om en kompleks intervention, evalueres projektet med både en effektevaluering, en procesevaluering og en kvalitativ evaluering (15).

### 2.4.1 Effektevaluering

Det primære effektmål var raskmelding til job, ledighed eller uddannelse. De sekundære effektmål var selvvurderet funktionsevne (Oswestry Disability Scale) (17); tro på egen evne til arbejdstilbagevendelse (Return-to-work Self-Efficacy Scale) (18) samt fear-avoidance (subskala fra Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire) (19).

### 2.4.2 Procesevaluering

Ud over effektevaluering blev der udført en procesevaluering, hvor der vurderedes følgende:

- Reach: Hvor mange af de mulige borgere sygemeldt med rygbesvær fra job tilbydes indsatsen (hvor mange 'fanger' vi), og hvor mange af disse borgere takker nej til indsatsen og af hvilke årsager (hvor stort er behovet).
- Fidelity: I hvilket omfang udføres indsatserne, som det er planlagt, og hvilke årsager ligger til grund for evt. manglende fidelity.

### 2.4.3 Kvalitativ evaluering

I forhold til oplevelser og erfaringer med både sygedagpengeforløb generelt og interventionen specifikt er der gennemført semistrukturerede, individuelle interviews med 16 borgere (både kontrol og forsøgsafdeling) samt interviews med involverede fagprofessionelle (2 fysioterapeuter og 3 jobkonsulenter) med henblik på at belyse disse aktørers oplevelse af sygedagpenge forløb for borgere med rygbesvær generelt, og med den afprøvede indsats. Fokus var på både facilitatorer og barrierer ift. projektets intervention, samt andre behov der ikke blev dækket.

## 2.5 Dataindsamling og statistisk analyse

Data om det primære effektmål blev indsamlet via fagsystemerne KMD/KSD, hvorfra oplysninger om borgerens forsørgelsesgrundlag kan trækkes. Data på de sekundære effektmål blev indhentet via selvrapporterede spørgeskemaer fra borgeren. Disse blev sendt ud 3 mdr. efter borgeren startede sit sygedagpengeforløb, uafhængig af om borgeren var afsluttet fra afdelingen.

Til at beskrive det primære effektmål i projektet, forskel i gruppernes raskmeldingsstatus, blev følgende beskrevet: årsag til afslutning i de to grupper; antallet af deltidsraskmeldinger; den gennemsnitlige varighed af sygemeldinger (dage); samt beregning af hazard ratioen,

dvs. forholdet mellem gruppernes sandsynlighed for at blive raskmeldt (til job, ledighed, eller uddannelse), med hensyntagen til at borgerne indgår med forskellig tid i analysen (da borgere, som inkluderes tidligt i projektet, bidrager med mere "risikotid" end borgere, der først inkluderes få måneder inden projektets afslutning, skal dette medtages i beregning af sandsynligheden). Ligeledes tages der i beregningen af hazard ratio højde for borgere, som fx dør, fraflytter kommunen, førtidspensioneres mv., og som derfor ikke kan vende tilbage til arbejde (såkaldte competing risks).

Ved analyse af spørgeskemadata sammenlignedes gruppernes gennemsnitlige scores ved opfølgning. Fordeling af data afgjorde for valg af analysestrategi (normalt eller ikke-normalfordelte data).

For alle sammenlignende analyser gælder, at en to-sidet p-værdi under 0,05 blev betragtet som statistisk signifikant. Data blev analyseret efter intention-to-treat princippet, dvs. selvom borgere ikke ønskede fysioterapeut tilknyttet i forsøgsafdelingen, analyseredes borgeren stadig som hørende til denne gruppe. Der blev yderligere udført en supplerende analyse, hvor kun borgere, som har modtaget projektinterventionen, indgik i analysen for forsøgsgruppen (per protokol analyse).

## 2.6 Kvalitativ undersøgelse

Der er i projektet udført en kvalitativ undersøgelse, der har til formål at nuancere de kvantitative resultater samt bidrage med viden om, hvordan et sygemeldingsforløb opleves - set fra borgerens perspektiv, samt viden om hvordan de involverede fagprofessionelle har oplevet projektperioden.

### 2.6.1 Borgerinterviews

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen kunne borgerne give tilladelse til at blive kontaktet for et uddybende interview, som typisk blev foretaget 3-6 mdr. efter sygemelding. Borgerne, der accepterede, blev kontaktet og fik uddybende information om interviewundersøgelsen. Interviewet foregik enten hos borgeren eller i et mødelokale ved DEFACTUM på MarselisborgCentret, alt efter hvad borgeren foretrak. De sidste tre interviews blev dog udført telefonisk grundet restriktioner under udbruddet af Covid-19. Interviewene blev udført i perioden fra november 2019 til april 2020 og havde en gennemsnitlig varighed på en time.

I alt blev der gennemført 16 individuelle interviews, heraf 11 fra interventionsgruppen og 5 fra kontrolgruppen. Fra interventionsgruppen har fem af borgerne haft forløb ved projektets fysioterapeuter, og yderligere tre borgere havde adgang til fysioterapeut/sundhedsfaglig vejledning på deres arbejdspladser.

Interviewguiden tog afsæt i borgernes samlede rygforløb med fokus på perioden med sygemelding fra arbejdsmarkedet og eventuel tilbagevenden til arbejde med fokus på, hvordan borgerne oplevede kontakten til Job & Sundhed, herunder eventuel kontakt til fysioterapeuterne, samt til deres arbejdsplads i denne periode. Kort sagt: hvordan er det at være borger i den situation?

### 2.6.2 Interviews med fysioterapeuter og jobkonsulenter

De to fysioterapeuter tilknyttet projektet blev interviewet sammen i december 2019, mens tre jobkonsulenter blev interviewet individuelt i marts og april 2020.

Disse interviews blev udført telefonisk grundet Covid-19. Rekruttering af jobkonsulenterne foregik gennem ledelsen. Håbet var at kunne rekruttere flere jobkonsulenter gennem disse tre via en såkaldt snowball-metode, hvilket desværre ikke lykkedes.

Interviewene omhandlede opgaveløsningen vedrørende borgere sygemeldt med lænderyg problemer og deres eventuelle samarbejde med fysioterapeuterne i den forbindelse. Da ikke alle interviewede jobkonsulenter var i forsøgsgruppen omhandlede interviewet også andre erfaringer med at samarbejde med fysioterapeuterne om borgerforløb, der ikke er med i det konkrete projekt.

### 2.6.3 Analyse af interviews

14 af de 16 interviews med borgere blev udført af forskningsassistent, cand.pæd.pæd.psych, Anne Grøndahl Poulsen og de resterende to af forsker, ph.d. Nanna Rolving. Interviews med jobkonsulenter og med fysioterapeuter fra Job & Sundhed blev udført af Anne Grøndahl Poulsen.

Optagelserne blev transskriberet og derefter lyttet og læst igennem af interviewer for at sikre korrekt gengivelse. Den metodologiske ramme for den kvalitative evaluering er en deskriptiv tematisk analyse, som er velegnet til at identificere, analysere og beskrive mønstre og temaer i data (20). Analyseprocessen behandler informanternes udtalelser gennem flere analytiske trin, som ender ud i udvalgte temaer (20). Forud for samtlige interviews er der indhentet informeret samtykke.



## 3 Projektets resultater

Afrapportering af resultaterne er inddelt i følgende tre dele for overskuelighedens skyld.

I del 3.1 gennemgås først de deskriptive data om borgerens demografiske, socioøkonomiske og helbredsrelaterede forhold, baseret på data fra hhv. Fasit, Ydelsescenteret og spørgeskemaer.

I del 3.2 afrapporteres resultaterne for analysen af det primære effektmål, raskmelding, samt de sekundære effektmål. I del 3.3 gennemgås resultaterne om borgerens forløb i Job-centeret overordnet set, baseret på data fra Fasit og spørgeskemaer, samt resultater fra interviews om borgerens oplevelse af forløbet. I del 3.4. gennemgås resultaterne om den fysioterapeutiske intervention, baseret dels på data fra Fasit, fra spørgeskemaer samt resultater fra interviews med borgere og medarbejdere. Hver del afrundes med en kort opsummering af de væsentligste fund.

### 3.1 Beskrivelse af deltagerne

#### 3.1.1 Demografiske karakteristika, socioøkonomiske og helbredsrelaterede forhold

**Tabel 1 Demografiske karakteristika for deltagerne i de to grupper.**

I perioden 1. april 2019 til 1. april 2020 blev der inkluderet 324 borgere til projektet, hvoraf 134 blev set i forsøgsafdelingen, og dermed indgik i indsatsgruppen, mens de resterende 189 blev set i kontrolafdelingen. Én deltager udgik af analyserne, da denne ikke opfyldte kriterierne om lænderygsmerter. Som det fremgår af Tabel 1 var der en ligelig fordeling af mænd og kvinder i begge grupper, ligesom etnicitet var ligeligt fordelt i grupperne, med den suverænt største gruppe udgjort af etniske danskere (75-80 %). Aldersmæssigt var borgeren i forsøgsgruppen ca. 3 år yngre end borgere i kontrolgruppen, hvilket dog vurderes at være uden betydning i forhold til muligheden for at genoptage arbejde samt i forhold til de sekundære effektmål. Knap 90 % af borgerne var sygemeldt fra beskæftigelse i begge grupper.

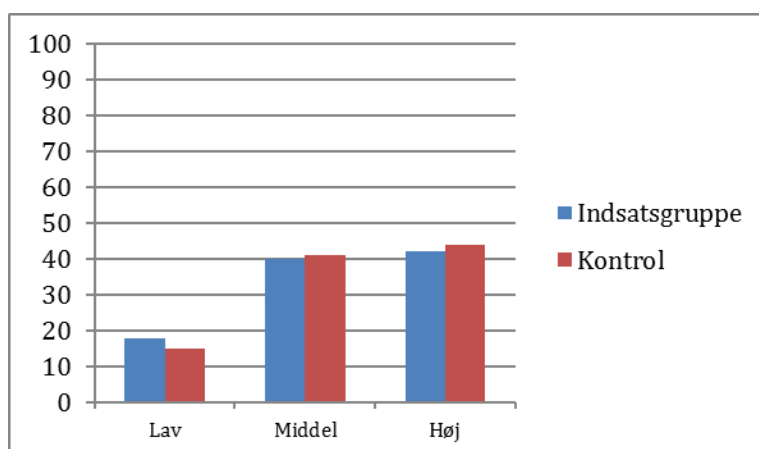
	Indsats gruppe	Kontrol gruppe
	N = 134	N = 189
<b>Køn</b>		
Mænd	64 (48 %)	91 (48 %)
Alder* $P=0,015$		
Mean (SD)	42,5 (11)	45,8 (12)
Min-max	20-66	21-73
<b>Etnicitet</b>		
Dansk	106 (79 %)	140 (74 %)
Vestlig indvandrer	4 (3 %)	12 (6 %)
Ikke-vestlig indvandrer	16 (12 %)	31 (16 %)
Vestlig efterkommer	0 (0 %)	1 (0,5 %)
Ikke-vestlig efterkommer	8 (6 %)	5 (3,5 %)
<b>Sygemeldt fra</b>		
Beskæftigelse	117 (88 %)	162 (86 %)
Ledighed	16 (12 %)	27 (14 %)

### 3.1.2 Socioøkonomiske forhold (spørgeskemadata)

For de 124 (38%) af deltagerene, som responderede på spørgeskemaet, var fordeling af alder, køn, etnicitet og sygdomsmedlæggelse fra henholdsvis beskæftigelse eller ledighed ens i de to grupper, og svarende til fordelingen for de 323 borgere i Tabel 1 (data ikke vist).

Af Figur 1 og 2 ses, at grupperne ligeledes var sammenlignelige både for uddannelsesniveau, med ca. 40 % middel og højt uddannede i begge grupper, samt i forhold til ægteskabelig status.

Figur 1. Selvrapporteret uddannelsesniveau i indsats- og kontrolgruppe.

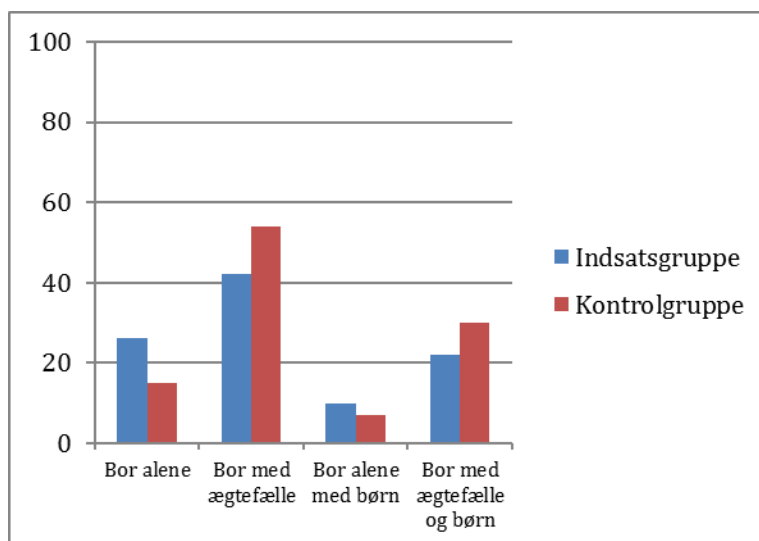


Lav: Ufaglært

Middel: Faglært inden for kontor/håndværk/sundhed; videregående uddannelse <3 år

Høj: Videregående uddannelse ≥3 år

Figur 2. Selvrapporteret privatlivsstatus i indsats- og kontrolgruppe.



Derudover oplyste 51 % af de 124 respondenter af spørgeskemaerne, at de var bekymrede for at miste deres job på grund af sygdomsmedlæggelsen, og 23 % havde en forsikringssag kørende, i relation til deres rygsmerter.

### 3.1.3 Helbredsrelaterede forhold (spørgeskemadata)

I forhold til selvrapporteret helbredstilstand sås ingen forskel på grupperne hvad angår smertevarighed, medicinforbrug eller anden behandling. I begge grupper rapporterede godt 40 %, at deres rygsmerter havde været i mellem 3 og 6 mdr., mens ca. 1/3 angav, at smerterne havde været i mere end 1 år. Cirka halvdelen af borgerne tog smertestillende medicin 5-7 dage om ugen, og over 80 % havde i løbet af det sidste ½ år også opsøgt fysioterapeutisk behandling, 36 % havde opsøgt en kiropraktor, og godt 20 % havde gennemgået en operation.

**Tabel 2 Selvrapporterede oplysninger om helbred**

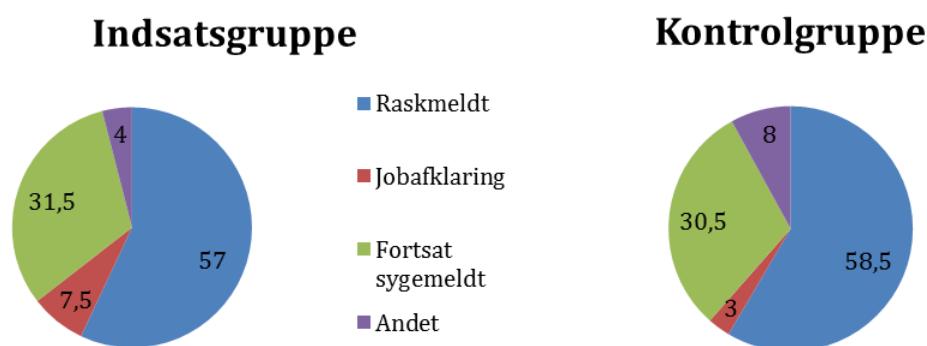
	Indsatsgruppe	Kontrolgruppe
	N = 50	N = 74
<b>Smertevarighed</b>		
<3 mdr.	6 (12 %)	6 (8 %)
3-6 mdr.	21 (42 %)	30 (41 %)
6-12 mdr.	6 (12 %)	14 (19 %)
>12 mdr.	17 (34 %)	24 (32 %)
<b>Forbrug af medicin</b>		
0 dage/uge	9 (18 %)	11 (15 %)
1-4 dage/uge	16 (32 %)	22 (30 %)
5-7 dage/uge	25 (50 %)	41 (55 %)
<b>Anden behandling</b>		
Fysioterapeut	42 (84 %)	61 (82 %)
Kiropraktor	18 (36 %)	27 (36 %)
Operation	11 (22 %)	17 (23 %)

## 3.2 Primære og sekundære effektmål

### 3.2.1 Primært effektmål - raskmelding

I Figur 3 fremgår årsager til afslutning i jobcentret for alle borgere i projektet. Det ses, at knap 60 % i hver gruppe blev raskmeldt i projektperioden, heraf 8 % til ledighed. Derudover blev henholdsvis 41 % i forsøgsgruppen og 34 % i kontrolgruppen delvis raskmeldt undervejs (data ikke vist), hvilket var en ikke-signifikant forskel. Den gennemsnitlige varighed af sygedagpengeperioden (uden hensyntagen til perioder med delvis raskmelding) var ca. 23 uger i begge grupper, som vist i Tabel 3. En tilsvarende analyse, hvor de 43 borgere der er sygemeldt fra ledighed ekskluderes, reducerer varigheden af sygemeldinger med en uge i begge grupper, men ændrer i øvrigt ikke væsentligt på de procentuelle estimater (se Tabel 3). En justeret analyse, hvor der tages højde for alder og sygemelding fra ledighed ændrer ikke på resultatet, med en ikke-signifikant forskel i sygemeldingsvarighed på bare 0,3 uger mellem de to grupper (data ikke vist).

**Figur 3. Årsager til afslutning i Jobcentret (procentuel fordeling)**



\*Andet: Førtidspension (1); Folkepension (1); Revalidering (1); Barsel (1); Ressourceforløb (1); Fraflyttet kommunen (3); Død (1); Administrativ fejl (1); Manglende medvirken (3)

**Tabel 3 Samlet varighed af sygedagpengeperiode for hhv. forsøgs- og kontrolgruppe.**

	Forsøgsgruppe	Kontrolgruppe
<b>Alle deltagere</b>	N = 132	N = 189
Antal uger, mean (SD)	23,1 (12,5)	22,5 (12,9)
Min-max	4,5 - 63,8	1,4 - 62,1
<b>Kun deltagere i beskæftigelse</b>	N = 117	N = 162
Antal uger, mean (SD)	22,7 (12,6)	21,7 (12,2)
Min-max	4,6 - 63,9	1,4 - 62,1

I den efterfølgende hazard ratio analyse sammenlignes gruppernes raskmeldingsrater (som tager hensyn til at deltagerne grundet løbende inklusion i projektet bidrager med forskellig tid i analysen, samt at 36 deltagere har såkaldte competing risks, dvs. årsager der gør, at de ikke kan raskmeldes fx pga. død, fraflytning kommunen og lign.). Heller ikke her ses en forskel, med en hazard ratio på 0,95 (95% konfidensinterval 0,71-1,27), svarende til identiske raskmeldingsrater i de to grupper.

### 3.2.2 Sekundære effektmål: Funktionsevne, tiltro til arbejdstilbagevendelse og fear-avoidance

De 124 deltagere, der besvarede spørgeskemaer ca. 3-4 mdr. efter deres start i projektet, havde en gennemsnitlig score på Oswestry Disability skalaen (0 = bedste; 100 = værst) på 36,4 point for indsatsgruppen og 41,8 for kontrolgruppen, og altså en forskel på 5,4 point til fordel for indsatsgruppen, som vist i Tabel 4. Scorene udtrykker en moderat nedsat funktionsevne som følge af lænderygsmerter.

I forhold til tiltro til at vende tilbage til arbejde, målt med Return to Work Self-Efficacy skala (10 = lav grad af tiltro; 50 = høj grad af tiltro), havde begge grupper en rimeligt høj grad af tiltro til at vende tilbage til arbejde. Dog havde deltagerne i indsatsgruppen en signifikant større grad af tiltro end kontrolgruppen, med en forskel på 4,6 point på en 10-50 point skala, som vist i Tabel 4.

I begge grupper var fear-avoidance beliefs scoren høj, hhv. 21/30 point i indsatsgruppen og 22,6/30 point i kontrolgruppen (ikke signifikant forskel), se Tabel 4. Dette er et udtryk for, at deltagerne var bekymrede for at være fysisk aktive og at gå på arbejde med deres nuværende smerter.

**Tabel 4 Selvrapporteret funktionsevne, tiltro til at vende tilbage til arbejde, samt fear-avoidance for hhv. forsøgsgruppe og kontrolgruppe, rapporteret 3-4 måneder efter sygemelding.**

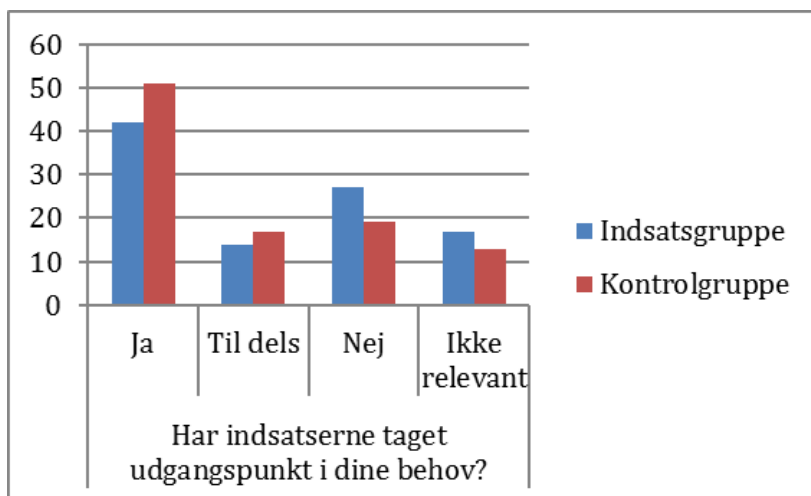
	<b>Forsøgsgruppe N = 49 Mean (95%CI)</b>	<b>Kontrolgruppe N = 71 Mean (95%CI)</b>	<b>Difference Mean (95%CI)</b>	<b>P-værdi</b>
Funktionsevne (ODI) 0-100 (bedst-værst)	36,4 (31,6-41,3)	41,8 (37,9-45,7)	5,4 (-0,7-11,5)	0,08
Tiltro til at vende tilbage til arbejde (RTW-SE) 10-50 (værst-bedst)	39,1 (36,4-41,8)	34,5 (31,5-37,4)	4,6 (0,7-8,5)	0,02
Fear-avoidance (ÖMPQ) 0-30 (bedst-værst)	21,0 (19,1-23,1)	22,6 (21,0-24,3)	1,5 (-1,0-4,1)	0,23

### 3.3 Resultater vedrørende borgernes forløb i jobcenteret

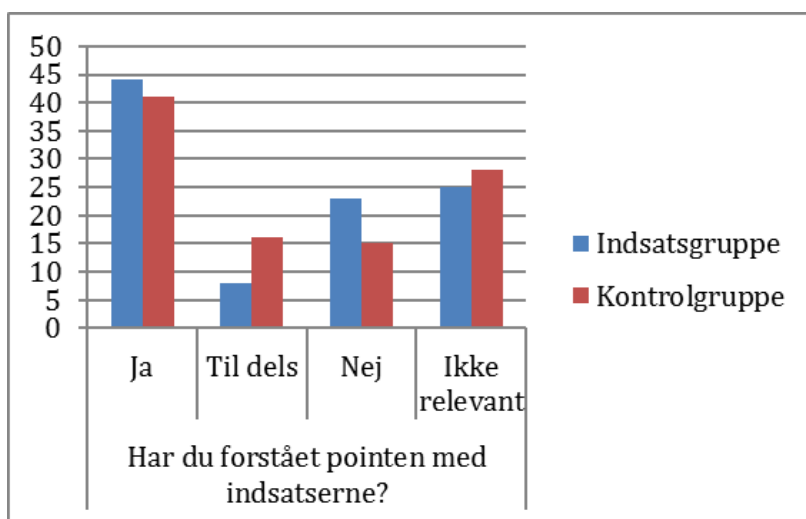
Fra spørgeskemaet indhentes oplysninger om borgernes oplevelse af jobcenter-indsatserne i forløbet, mens data om antallet af indsatser givet blev hentet fra Fasit.

I begge grupper modtog 22 borgere, svarende til 16 % i indsatsgruppen og 12 % i kontrolgruppen mindst én jobcenter-indsats i forløbet (fx mestringsforløb ved Specifik/Incita eller samtaler i Sociallægeinstitutionen). Otte borgere i hver gruppe modtog yderligere én jobcenter-indsats, mens kun 1 borger i indsatsgruppen og 5 borgere i kontrolgruppen modtog 3 jobcenter-indsatser. For borgere der besvarede spørgsmålene om, hvorvidt de tilbudte indsatser havde taget udgangspunkt i deres behov og gav mening for dem, svarede størstedelen (> 40 %) ja, mens ca. 20 % svarede nej. Se Figur 4 og 5 herunder.

**Figur 4. Angivelse af borgernes oplevelse af, hvorvidt indsatserne i Jobcentret har taget udgangspunkt i deres behov.**



**Figur 5. Angivelse af borgernes oplevelse af, at have forstået pointen med indsatserne i Jobcentret**



### 3.3.1 Kvalitative fund

Den kvalitative analyse viser tre overordnede temaer med hver sine undertemaer. De overordnede temaer er ""Borgeren - en skadet spiller", "Jobcenter - medspiller eller modspiller?", "Arbejdspladsen - den kendte arena". Afsnittet tager udgangspunkt i analysen af interviewene med borgerne og er perspektiveret med citater fra interviews med jobkonsulenterne. Der er anvendt citater til at understøtte analysens fund.

#### Tema 1: Borgeren – en skadet spiller

Følgende afsnit er bygget op af de tre undertemaer *Borgerens præmisser i et ressourcekrævende forløb*, som beskriver borgerens præmisser for at agere i forløbet samt deres egen indsats, *Tilbagevenden til arbejde*, som beskriver udfordringer ved at komme tilbage på arbejdspladsen igen, samt *Bindeled*, som omhandler borgerens oplevelse af rollen som informationsbærer mellem forskellige sektorer og aktører i deres forløb.

## Tema 1A: Borgerens præmisser i et ressourcekrævende forløb

De fleste borgere i undersøgelsen har ikke tidligere været sygemeldte, og det kan være en grænseoverskridende oplevelse for dem. De beskriver sig selv som psykisk påvirkede og sårbare, især i den første periode af sygemeldingen.

Mand i 40'erne, følger fast regime efter brud på rygsøjlen:

*Interviewer: Hvilke konsekvenser har det haft for dig at have rygproblemer?*

*B17: Jamen, det har selvfølgelig nogle...først og vigtigst nogle smertekonsekvenser. Så har det selvfølgelig også nogle sociale konsekvenser i den betydning, at man ikke kan det man plejer og det man gerne vil. Og ambitionsniveau, hvis man er vant til at være aktiv og lave forskellige ting man gerne vil have ordnet. Det er en svær øvelse at prøve at skru ned for det synes jeg.*

*Interviewer: Både fritids- og arbejdsrelateret?*

*B17: Ja. For jeg vil helst være i gang og have en normal hverdag, hvor det hele kører. Men det kan du jo ikke lige nu. Og så kan man jo en gang imellem få helt sortsyn og tænke gad vide om det nogen sinde bliver bedre, eller er det sådan her det skal være i mange år.*

Arbejdet er en del af borgernes identitet, og de ønsker at gå på arbejde, som de plejer. Derfor beskriver mange af borgerne en følelse af at være stigmatiseret i jobcentret som en, der vil snyde systemet og undgå at arbejde, hvilket påvirker dem negativt.

Kvinde i 50'erne, opereret og tilbage i job.

*Jeg er godt klar over, nu når jeg er på den anden side, at sådan er det jo, men jeg tænker også, at der skal være den respekt for mig som menneske, at jeg jo kun er interesseret i at komme i gang hurtigst muligt. Det er ikke nødvendigt for mig, at der er alle de her opfølgende samtaler. Jeg kunne også fremvise en handlingsplan fra vores fastholdelseskonsulent, som vi havde haft møde med på arbejdet. Jeg tænker lidt, at jeg ikke skal være i den gruppe, hvor det bliver mistænkeliggjort, om jeg vil starte igen.*

Borgerne befinder sig i en uønsket situation, som påvirker dem psykisk ud over de fysiske smerter, de har. Borgerne oplever altså at have færre ressourcer end vanligt, både fysisk og psykisk. Samtidig beskriver de, at deres egen indsats er afgørende for bedring, og for at nå målet om at vende tilbage til arbejde igen.

En mand i 50'erne, som er sygemeldt efter en operation, beskriver følgende:

*B17: Man kan ikke bare læne sig tilbage og tro at man bliver taget i hånden og så går det, det hele. Sådan er det slet ikke. Man skal selv holde sig til og sørge for at passe træningen og man skal holde sig aktiv, i det omfang man kan og få afleveret de ting man skal, ting og sager der bliver sendt. Man skal være meget på stikkerne hele tiden.*

Borgerne har ofte investeret tid og penge på behandlinger og indsatser for at kunne bibeholde deres hverdagsliv, både arbejde og fritid, så længe som muligt.

Jobkonsulenterne bekræfter, at borgerens egne ressourcer og tilgang er en afgørende faktor for tilbagevenden til job og raskmelding. En af jobkonsulenterne udtaler:

*Interviewer: Hvad er de væsentligste faktorer for et godt forløb, hvor borger kommer hurtigst muligt tilbage på arbejde, ifølge din erfaring?*

*Jobkonsulent: Deres egen evne til at mestre det. Der har jeg set nogen, som på papiret havde en virkelig dårlig ryg, som blev i stand til at komme fuldt tilbage til deres arbejde. [3sek] Så det tænker jeg er det. Sammenholdt med mulighederne på arbejdspladsen.*

*Interviewer: Så borgerens egne ressourcer...?*

*Jobkonsulent: Ja, eller deres egen tro på, at det her skal jeg nok komme over. Det gør skide ondt lige nu, men de tror på, at de kan gøre noget. At de kan træne det, eller de kan lære at leve med det, på en eller anden måde. Den tro, den, tror jeg, virkelig er afgørende.*

## **Tema 1B: Tilbagevenden til arbejde**

Borgernes beskrivelser af tilbagevenden til arbejde belyser, at det ikke er uden udfordringer at starte op på arbejde. Der laves ofte aftaler med arbejdsgiverne om gradvis øgning i timer og typer af opgaver. Beskrivelserne vidner om høj grad af fleksibilitet fra arbejdsgivernes side. Men borgerne gør sig mange tanker om hvordan det kommer til at gå med ryggen i forbindelse med opstart af arbejde og det er svært at acceptere, man ikke kan udføre samme opgaver som tidligere.

Mand i 40'erne, tilbage i job efter regime-behandling af brud på rygsøjlen:

*B6: En anden del er så, at man vender tilbage i en anden kapacitet. Det er svært, at man skal finde ind i en ny rolle. Man skal også acceptere, at der på en eller anden måde er nogle arbejdsopgaver, der bliver taget fra en. De bliver jo ikke taget fra en, men arbejdsopgaver, som jeg ikke kan løse lige nu. Det har været svært.*

Borgernes rygproblematikker forsvinder ikke, når de raskmeldes fra sygedagpengesystemet. Her beskriver en borger nervøsitet for at gøre noget, der kan forværre hendes rygproblematik.

Kvinde i 50'erne, opereret og tilbage i job.

*B8: Jeg har så også meldt mig ud af fitness, for jeg er enormt bange for at gøre noget forkert. Jeg er virkelig skrækslagen for at gøre et eller andet forkert. Nu går jeg i stedet for til pilates ved min fysioterapeut to gange om ugen på sådan et lille lukket hold. For det skal bare være helt i orden. Selv om min fys siger, jeg ikke skal være bange, for der er ikke noget, der går galt. Så har jeg det bedst med lige at...[...] de første par gange, hvor jeg var ved de her borgere, der havde jeg min egen fysioterapeut fra arbejdspladsen med rundt. Selvom jeg [...] synes, at jeg har fuldstændigt styr på de forskellige ting, så kan man jo godt komme til at gøre et eller andet forkert. Hun var med rundt for at se, om der var nogle justeringer, som jeg skulle være opmærksom på.*



## Tema 1C: Bindeled

Analysen viser, at borgerne oplever at være bindeled mellem de involverede instanser, som typisk er arbejdspladsen, jobcentret og sundhedsvæsenet/behandlere. For gruppen af borgere, hvor forløbene går planmæssigt, er opgaven som bindeled overskuelig

Mand i 50'erne, tilbage i job efter operation, har tidligere været igennem identisk forløb.

*B9: Jeg har jo set det som om, at der har været en sammenhæng i det. Jeg er sygemeldt fra arbejdet, der er et jobcenter, der skal hjælpe mig med at komme tilbage, og så er der et sundhedsvæsen, som skal hjælpe mig med at blive rask, så jeg kan komme tilbage. Der er en sammenhæng i det. Jeg tænker ikke, at der nødvendigvis har været behov for en rørpost imellem dem i forhold til at koordinere nogle ting. For mig har der ikke været noget problem i det.*

For ovenstående borger har det givet mening at være bindeled og bærer af oplysninger, der omhandler ham og hans forløb. For gruppen af borgere, hvor forløbene er mere komplicerede, kan opgaven som bindeled opleves som et stort ansvar.

Kvinde i 40'erne. Opereret, afskediget fra sit job.

*B13: [...] Jeg synes, det er et stort ansvar, at jeg skal sidde og huske på de forskellige ting. Jeg er jo meget følelsesladet til de møder, og det er fordi, det påvirker mig virkelig meget. Når man skal sidde til sådan et møde, hvor der sidder fire mennesker ud over mig selv, så er man bange for, at man ikke husker at sige alt. Hun [lægen] siger jo en masse latinske ord, som jeg ikke kender. Hvis jeg ikke forstår halvdelen af, hvad hun siger, og hun snakkede virkelig dårligt dansk, lægen til MR-scanningen, hvordan skal jeg så kunne sige det videre? Jeg sad virkelig og anstrengte mig.*

Blandt borgere med mere komplicerede forløb efterspørger flere et større samarbejde og kommunikation på tværs af de involverede instanser. Mange føler ikke, det har samme pondus, når de som lægfolk videregiver oplysninger af f.eks. sundhedsfaglig karakter til jobkonsulenten, som hvis samme information var kommet direkte fra behandleren selv.

## Tema 2: Jobcenter – medspiller eller modspiller?

Tema 2 beskriver borgernes oplevelse af mødet med jobcenteret gennem undertemaerne *Indkaldelsen* og *Møderne i jobcentret*, suppleret med de fagprofessionelles perspektiver.

### Tema 2A: Indkaldelsen

Borgerne beskriver, at kontakten til jobcentret oftest starter med en formel mødeindkaldelse via e-boks. De fleste borgere i interviewundersøgelsen har ikke haft kontakt til jobcentret tidligere, og for disse borgere kommer mødeindkaldelsen uventet.

Kvinde i 40'erne, som er opereret og tilbage i job:

*B16: Altså, der hørte jeg jo første gang...jeg fik et brev med en indkaldelse i min e-boks.*

*Interviewer: Og var du klar over, at du skulle høre fra jobcentret?*

*B16: Øh ... nej, det var jeg faktisk ikke, nej, det var jeg ikke. Ikke lige umiddelbart jeg kan huske, at jeg var blevet informeret om.*

*Interviewer: Nej. Så hvad tænkte du, da du så, at der lå en indkaldelse fra jobcentret?*

*B16: Jamen altså da jeg havde læst indkaldelsen, så synes jeg da nok, at det var en lille smule bemærkelsesværdigt. Jeg fik fornemmelsen af, at de vidste noget, som jeg ikke vidste, altså at jeg var fyret eller ... [griner] ikke kunne komme tilbage på arbejde af en eller anden grund altså ... ja.*

Analysen viser, at borgerne ikke har kendskab til, hvordan en sygemeldingsperiode forløber, herunder at de på et tidspunkt tilknyttes jobcentret, og at det derfra ikke udelukkende er en sag mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Borgerne undrer sig over, hvordan jobcentret har viden om deres sygemelding, for de har jo meldt sig syge hos arbejdsgiveren. Uden de har haft indflydelse på det, er jobcentret nu en spiller i deres sygemeldingsforløb, og det planter en følelse af utryghed. Formålet med jobcentrets involvering er at hjælpe dem hurtigst muligt tilbage i job, men mange borgere beskriver, at der allerede ligger en plan for tilbagevenden til arbejdet, og de oplever ikke at have brug for hjælp. Det sår en tvivl om jobcentret er en medspiller eller en modspiller hos borgerne.

Flere af borgerne har hæftet sig ved ordlyden i indkaldelsesbrevene, hvor det fremgår, at hvis de ikke møder op, kan det få konsekvenser for deres økonomiske situation.

Kvinde i 30'erne med alvorlig sygdom i ryggen, er i udredning til flex-job:

*B3: [...] Der ligger sådan en mistro... jeg ved ikke, om det bare er sådan noget, som jeg læser eller tolker, men jeg synes, at der ligger sådan en mistro til folk i det. Jeg synes, at man bliver sådan mødt med, at "hvis du ikke møder op, så tager vi dine dagpenge, og hvis du ikke gør sådan, så får det konsekvenser". Jeg har jo altid mødt op, men det står altid sådan... ja, og det er jo nok fordi, at der er forskel på folk. Men jeg synes egentligt ikke, at det var så rart at skulle derind.*

Jobkonsulenten understøtter her borgerens oplevelse og beskriver, at det er mødeindkaldelser med en standard formulering, der sendes ud til borgerne. En af jobkonsulenterne siger blandt andet:

*Jobkonsulent: Jamen der er trusler i de breve. Det er der altså. Og man kan jo opleve folk, som bliver sygemeldt for første gang i deres liv, de er hunde hamrende nervøse for at skulle ind og snakke med jobcentret.*

## **Tema 2B: Møderne i Jobcentret**

Flere borgere fortæller, at de har brugt både tid og kræfter på at transportere sig til møder i jobcentret.

Mand i 40'erne, følger fast regime efter brud på rygsøjlen:

*Interviewer: Hvad var din oplevelse efter det første møde?*

*B10: Dét spildte vi virkelig hinandens tid. Det gjorde vi. Jeg tror egentligt også, at hun havde det lidt sådan. Jeg kunne jo ikke sige noget [om hvornår han kunne starte på arbejde]. Og jeg tror faktisk oveni købet, at hun på et tidspunkt*

*siger, at "jeg tror bare, at vi skal stoppe den her. Vi spilder vist hinandens tid".  
"Ja, det gør vi vist." [svarer B10]*

*Interviewer: Okay, hvor lang tid varede samtalen, vil du tro?*

*B10: Det varede 5 min. Og det havde taget mig halvanden time at komme derud!*

Borgeren her har taget offentlig transport, mens andre beskriver, de trodser lægens anbefaling og kører bil få dage efter en operation, fordi de er indkaldt til møde i jobcentret. Dertil er det gennemgående, at mange møder beskrives som varende få minutter, hvilket ikke opleves som proportionelt med den tid og de kræfter, borgerne har lagt i at møde fysisk op. Analysen viser en forskellighed blandt de interviewede i hvorvidt møderne mellem borger og jobkonsulent foregår med fysisk fremmøde eller telefonisk.

En af de interviewede jobkonsulenter siger:

*Jeg har altid prioriteret at i hvert fald det første møde, tilbyder jeg som en personlig samtale. For jeg synes, der er noget i, at man har mødt den person, man måske skal tale i telefon med senere hen. [...] Så jeg oplever at langt de fleste, også selv om de har været delvist i gang på deres arbejde, så har de taget imod det.*

Jobkonsulenten beskriver således det fysiske fremmøde som et tilbud, som borgerne kan vælge at tage i mod eller lade være, mens borgerne beskriver en følelse af tvang, idet indkaldelsesbrevet understreger risikoen for at få frataget sine sygedagpenge, hvis de ikke møder op. Mange af borgerne beskriver en oplevelse af, at møderne ikke bidrager væsentligt til, at de kommer hurtigere eller bedre tilbage i job. Det afhænger mere af, hvordan det går med den sundhedsfaglige behandling af deres rygproblematik. Dette bidrager til en følelse af, at møderne i jobcentret har til formål at "vurdere" dem.

Kvinde i 50'erne, opereret og tilbage i job.

*Interviwer: Hvad handlede samtalerne om?*

*B8: Det var jo ikke rigtig noget. Dengang jeg var nede på jobcenteret hos hende, tænkte jeg også, at det kunne være klaret over telefonen. Hun skulle nok lige se mig i øjnene og finde ud af, hvad jeg var for en.*

Analysen viser, at borgerne oplever forskel både mellem individuelle personers forløb samt internt i enkeltforløb på hvorvidt og hvornår møder med jobcentret afholdes henholdsvis fysisk eller telefonisk. Det forstærker borgernes oplevelse af at være på udebane og spille et spil, hvor de ikke kender eller kan gennemskue reglerne. Særligt borgere som er blevet opererede, og derfor følger en konkret lægefaglig plan for genoptræning og genoptagelse af arbejdet, oplever en følelse af ressourcespild, idet der ofte ligger en klar genoptræningsplan og plan for tilbagevenden til arbejde, som de skal følge.

Mand i 40'erne, følger fast regime efter brud på rygsøjlen:

*B10: Det er også derfor, at det er sådan lidt... fordi de har jo hele tiden vist, at jeg skulle tilbage [på arbejde]. Så derfor har jobcenteret ikke haft noget, som de kunne gøre bedre. Derfor synes jeg måske, at jobcenteret skulle bruge noget*

*mere tid på at finde ud af, hvad vi har med at gøre. Og så... ja, undskyld, men lad være med at spilde deres tid på mig.*

Med en enkelt undtagelse udtrykker alle borgerne i undersøgelsen, at kommunikationen med jobkonsulenten er foregået på en god og ordentlig facon. Alle informanter udviser forståelse for jobkonsulentens vilkår, hvor borgerne antager, at jobkonsulenten er underlagt et regelsæt og en lovgivning, som er svær at være fleksibel i.

Mand i 40'erne, tilbage i job efter regime-behandling af brud på rygsøjlen:

*B6: Det er systemet, og det har ikke noget med medarbejderne at gøre, for jeg har ikke en eneste dårlig ting at sige om medarbejderne. Tvært imod kun godt. Eller medarbejderen, for det er den samme medarbejder, jeg har været i kontakt med hele vejen igennem forløbet. Hun har været utrolig hjælpsom og behagelig at tale med osv. Så oplevelsen af systemet er meget i hver sin retning. Systemet: nej tak, men medarbejderne er gode.*

Borgernes oplevelse understøttes af nogle af de overvejelser jobkonsulenterne gør sig inden det første møde med borgeren.

*Jobkonsulent: Der er det vigtigt at lytte aktivt til borgeren, når man sidder i mødet og anerkende det, der bliver sagt og have en god indgangsvinkel til et nyt menneske og lytte, inden man selv kommer med...der er jo en del, vi skal informere om. Men det kan man jo gøre på mange måder. Det er i hvert fald vigtigt at forstå, hvor er det, borgeren er. Hvad er det for en forståelse, de har af situationen i forvejen? Så kan man lidt nemmere komme ind på livet af dem, synes jeg. Og så slutte af med alle de rammer der er, som man skal hjælpe dem med at vejlede i. Men jeg synes tit, det første møde drejer sig om, hvad det er for en person, de skal møde. Så være smilende og imødekommende og alle de der ting, som man også selv ville synes var rart, når man møder et nyt menneske, som man ikke ved, hvem er. Det er i hvert fald ret væsentligt.*

### Tema 3. Arbejdspladsen – en kendt arena

I tema 3 gennemgås borgernes oplevelser af deres arbejdsplads i forløbet i undertemaerne *Kontakt med arbejdspladsen* og *Afskedigelser*.

#### Tema 3A. Kontakt med arbejdspladsen

For borgerne er arbejdspladsen en kendt arena, hvor de kender spillerne i form af kolleger og ledere, samt spilleregler i form af vilkår både for egen ansættelse og for arbejdspladsen. Dette kendskab er gensidigt og giver nogle andre præmisser sammenlignet med møderne i jobcentret.

Gruppen af borgere, hvor sygemeldingsforløbet er gået planmæssigt, beskriver at kontakten har været 'god' i sygemeldingsforløbet, og analysen viser, at møderne ofte er af uformel karakter. Ofte har borgeren desuden haft en social kontakt til kollegerne i sygemeldingsforløbet, og har ikke følt sig pressede i forhold til opstart, antal timer eller de opgaver de løser på arbejdspladsen.

Mand i 40'erne, følger fast regime efter brud på rygsøjlen:

*Interviewer: Hvordan har opfølgningerne – eller hvad skal man sige... kontakten til arbejdspladsen så været i forløbet?*

*B10: Ej, men det har været rigtig godt. Jeg har en fantastisk [mellemlider], som har støttet mig og håbet- og... så jeg selv kunne tumle lidt derud, så jeg også kunne se, hvordan de har det. Så har vi jo kunnet tage nogle sygesamtaler dér, men det har ligeså meget været nogle gode snakke omkring, hvordan det går. Vi har jo bare et mål, som vi skal hen til. Jeg har overhovedet ikke følt mig presset på noget som helst tidspunkt. Hun har bare håbet på, at jeg trods alt kom tilbage.*

### Tema 3B. Afskedigelser

At arbejdspladsen er en kendt arena, kommer også til udtryk i interviews med de borgere, som er blevet afskediget fra deres arbejdspladser. I denne interviewundersøgelse drejer det sig om 5 borgere. De fleste oplever en følelse af pres fra arbejdsgiver i forhold til at vende tilbage til jobbet, hvilket de ikke kan honorere, og det ender med en afskedigelse. Alligevel udviser alle forståelse for arbejdspladsens beslutning med referencer til kendskabet til arbejdspladsens vilkår.

Kvinde i 40'erne, opereret, afskediget fra sit job.

*B13: [...] Min læge havde skrevet en mulighedserklæring, at jeg i hvert fald skulle være sygemeldt i to måneder mere fuldtid fra januar af. Da hun [lederen] fik det at vide, så valgte hun at opsig mig. Jeg kan godt forstå hende, for det kunne jo nemt trække ud. [...] Jeg ved, at jeg er dygtig i det, jeg laver, men jeg skal have mit helbred med mig. Og jeg skal ikke starte, fordi jeg bliver bange, eller føler jeg bliver truet. Jeg skal virkelig være sikker på, at jeg kan yde noget, før jeg skal i gang.*

Borgerne har forståelse for lederens hensyn til kollegerne og til arbejdspladsen som helhed. Samtidig er citat et udtryk for hensynet til eget helbred, hvilket er et tilbagevendende tema for borgerne. De er bekymrede for deres helbred på længere sigt, herunder de forestillinger de gør sig om fremtiden både arbejdsmæssigt og privat. Analysen viser, at borgerne mest af alt ønsker at vende tilbage til deres arbejde på vanlige vilkår hurtigst muligt, og at de gør hvad de kan for at nå dertil.

## 3.4 Opsamling på kvalitative analyser

En opsamling på analysen af de kvalitative interviews med borgerne, suppleret med jobkonsulenternes perspektiver, viser, at borgeren kan anskues som en skadet spiller. De føler sig psykisk og fysisk sårbare, og er usikre på fremtiden. Samtidig oplever de, at deres egne ressourcer er afgørende i sygemeldingsforløbet, hvilket understøttes af jobkonsulenterne. Borgerne oplever at skulle agere bindeled mellem de involverede instanser. Denne opgave opleves overskuelig og naturlig for borgere med planmæssige forløb, mens det for borgere med mere komplekse forløb opleves som et meget stort ansvar, med utryghed til følge.

I relation til jobcentret er den første kontakt oftest et indkaldelsesbrev i e-boks med en ordlyd, der kan opleves nærmest truende. Samtidig er brevene for de fleste en overraskelse, idet de ikke er klar over, at de bliver kontaktet af jobcentret. Det giver en utryk følelse af at være på udebane og ikke kende spillereglerne.

I selve møderne med jobkonsulenterne beskriver borgerne forskelle i, hvorvidt de foregår telefonisk eller med fysisk fremmøde. Analysen peger på at borgere, der kender spillereglerne bedre via evt. tidligere sygemeldingsforløb, har bedre forudsætninger for at afvikle møderne telefonisk og dermed spare på egne kræfter. Flere borgere fortæller nemlig, at de bruger

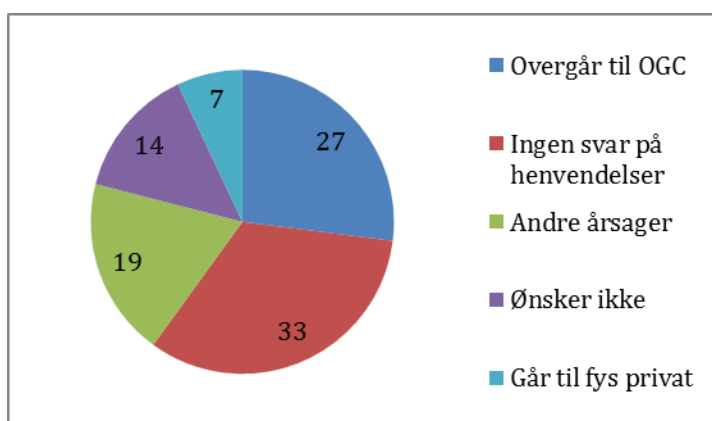
mange ressourcer i form af tid og kræfter på at komme frem til møderne i jobcentret, møder som de så erfarer varer få minutter. Det efterlader borgerne med en følelse af ressource-spild, og at møderne måske mere handler om, at de skal "ses an" og "vurderes". Analysen viser dog, at borgerne overordnet er tilfredse med kommunikationen med jobkon-sulenterne, det er mere "systemet", de undrer sig over.

På arbejdspladsen er borgeren mere på hjemmebane. Her kender de vilkår og spilleregler, samt ved hvem der er henholdsvis modspillere og medspillere. Gruppen af borgere med for-løb, der går planmæssigt, beskriver en stor forståelse og fleksibilitet fra arbejdspladsens side i forhold til opstart. De borgere, som er blevet afskediget, har i højere grad følt sig presset ift. opstart af arbejde. De beskriver, at de har gjort, hvad der stod i deres magt, men ikke er i stand til at vende tilbage på arbejdspladsens præmisser. Dette til trods, udviser borgerne forståelse for arbejdspladsens beslutning om afskedigelse, på baggrund af deres kendskab til og indsigt i arbejdspladsens vilkår.

### 3.5 Deltagelse i den fysioterapeutiske intervention

Ud af de i alt 132 borgere i forsøgsgruppen var det bare 69 (51 %), der modtog den plan-lagte fysioterapeutiske intervention. De registrerede årsager til den manglende deltagelse i interventionen fremgår af Figur 7 herunder.

**Figur 7. Årsager til manglende deltagelse i projekttilbud (angivelser i % (N=69)).**



#### 3.5.1 Per protokol-analyse

For at vurdere betydningen af, at en stor andel af borgere i forsøgsgruppen ikke har modta-get den fysioterapeutiske intervention i projektet, gennemføres per protokol analyse, hvor kun de borgere, som har modtaget et eller flere elementer af interventionen, medtages i sammenligningen af varighed af sygedagpengeforløb mellem forsøgs- og kontrolgruppe. Re-sultatet forbliver dog det samme, idet den gennemsnitlige varighed af sygedagpengeforløbet for de 69 borgere, der har modtaget en eller anden form for fysioterapeutisk intervention, blot ændres fra 23,1 uge til 22,9 uger, og dermed stadig ingen forskel mellem forsøgs- og kontrolgruppen.

### 3.5.2 Proces evaluering / fidelity analyse

Fysioterapeuterne registrerede løbende hvilke interventionselementer, de leverede i projektet, med henblik på at kunne vurdere i hvilket omfang den fysioterapeutiske intervention stemte overens med det, der var planlagt, som beskrevet under afsnittet 2.3. *Interventioner*. Den borgerrettede del af interventionen skulle i henhold til projektprotokollen indeholde a) fysioterapeutisk samtale og undersøgelse; b) træningsinstruktion; og c) virksomhedsbesøg (se uddybning i afsnit 2.3.).

Ud af de 69 borgere, som deltog i forsøgsgruppen, modtog 55 udelukkende fysioterapeutisk samtale/undersøgelse, heraf fik 27 borgere én samtale, 23 borgere 2-4 samtaler og 5 borgere >4 samtaler.

Herudover modtog 11 borgere både samtaler (en eller flere) og virksomhedsbesøg, mens kun én borger modtog både samtaler, virksomhedsbesøg og træning. Samlet set blev der i projektperioden foretaget 148 samtaler og 16 virksomhedsbesøg med de 69 borgere. Den primære årsag til de manglende virksomhedsbesøg var, at borgerne ikke ønskede det. Samlet set vurderes det derfor, at den fysioterapeutiske intervention kun i ringe grad blev gennemført som planlagt.

Årsagerne til den manglende deltagelse i projektets intervention skyldtes blandt andet, at borgerne selv takkede nej til tilbuddet, af forskellige årsager, som blev afdækket i interviewene. Blandt andet var der flere borgere med en længerevarende rygproblematik, som gav udtryk for, at de har tilstrækkelig erfaring og viden om, hvordan de bruger ryggen hensigtsmæssigt til, at de ikke oplever behov for yderligere tiltag i den retning.

*Interviewer: Kunne du bruge det til noget, hvis du fik en fysioterapeut eller en sundhedsfaglig med ud på arbejdspladsen, som kunne guide dig i de der feltarbejde/fysiske opgaver?*

*B6: Det tror jeg egentlig ikke, af flere årsager. Dels er jeg bevidst om, hvordan jeg skåner mig selv og min ryg bedst muligt. Jeg har lavet [specifikke opgaver] i 25 år, så jeg har noget erfaring i det. Jeg er heller ikke i tvivl om, hvordan jeg gør det rigtigst muligt. Basalt set er der ikke nogen tvivl om, at det er ikke noget sundt arbejde, på den måde. Men jeg er ikke i tvivl om hvordan jeg gør det bedst muligt. Lige så vel er jeg heller ikke i tvivl om, hvordan jeg sidder og står bedst i det stillesiddende arbejde, som jeg har nu. Og så alligevel, så er de jo professionelle, så de kan givetvis måske lære mig noget alligevel. Jeg har ikke haft behovet, jeg har ikke tænkt tanken.*

Analysen viser dog, at både borgere som har takket nej, og borgere som har taget imod tilbuddet om en fysioterapeutisk indsats i jobcentret værdsætter, at muligheden eksisterer. En anden mulig årsag til, at borgere takkede nej til tilbuddet var, at flere havde mulighed for at få tilknyttet en intern fysioterapeut eller lignende på deres egen arbejdsplads, og derfor fandt det unødvendigt at tilknytte jobcentrets fysioterapeut.

### 3.5.3 Kvalitative resultater i relation til den fysioterapeutiske intervention

Følgende afsnit præsenterer de kvalitative fund fra interviewundersøgelsen, som omhandler den fysioterapeutiske intervention i projektet. Analysen viser to temaer: "Fysioterapeutiske indsatser"- hvad er værdien?" og "Samarbejde mellem jobkonsulenter og fysioterapeuter". Temaet "Samarbejde mellem jobkonsulenter og fysioterapeuter" har undertemaerne: "Hvilke barrierer har der været?" og "Hvad fremmer samarbejdet?"

Seks af borgerne i interviewundersøgelsen har haft en eller flere kontakter med jobcentrets fysioterapeuter, heraf har den ene haft kontakt med en fysioterapeut fra MarselisborgCentret. Analysen inddrager både borgernes, jobkonsulenternes og fysioterapeuternes perspektiver.

## Tema 1: Fysioterapeutiske indsatser – hvad er værdien?

Følgende udtalelse fra én af borgerne i forsøgsgruppen illustrerer hans oplevelse af værdien af den fysioterapeutiske indsats i projektet.

Mand i 40'erne, sygemeldt grundet prolaps, er delvist vendt tilbage til sit job.

*B 14: Det har haft den værdi, at jeg har fået hjælp til ergonomien. At jeg nu har en god ergonomisk stol. Jeg er desuden blevet bekræftet i, at jeg gør alle de rigtige ting, fx at jeg går ture, eller at jeg lægger mig, når min ryg trænger til hvile. Generelt hvordan jeg tilrettelægger min dag. Det har han [fysioterapeuten] bekræftet mig i. [...]*

En anden borger har også fået hjælp til ergonomi og til at rekvirere en kontorstol, som beskrevet herunder.

Kvinde i 20'erne, afskediget fra job grundet sygdom, afventer studiestart.

*B11: [...] og jeg vidste ikke, at man bare kunne søge på en kontorstol. Så det var ham, der gjorde mig opmærksom på det. Gjorde det realistisk og overskueligt for mig. Det var også ham... fordi én ting er at skrive og sende ansøgningen på kontorstolen, men han lærte mig også hvilken kontorstol, der fungerer for mig. Han viste mig, hvordan jeg indstillede de forskellige, og hvordan jeg sad. Jeg kunne lynhurtigt mærke, at det fungerede. Men så kom han med en forklaring på, hvorfor det fungerer for min ryg. Hvorfor har min ryg det bedst sådan? Og ellers havde jeg bare tænkt, at "her sidder jeg godt", og så havde det været det.*

Borgerne oplever at få viden med sig, som de kan bruge fremadrettet for at hindre opblussen i deres rygproblematik. Det giver borgeren handlekraft, hvilket stemmer fint overens med fysioterapeuternes egne udtalelser omkring værdien af deres arbejde.

*Fysioterapeut: [...] Vores overskrift er jo lidt at undgå kronicitet. Det er, at de kan komme tilbage til arbejde, fordi vi også sidder i beskæftigelsesforvaltningen, så det handler det om. Men det handler også om, for den enkelte, at få kontrol med smerterne og den nedsatte funktionsevne, som er på spil i en eller anden grad. Det er det, som jeg tænker, er værdien i det. Undgå at ende i en kronicitet, man ikke selv har kontrol over.*

En af de indsatser, fysioterapeuterne har bidraget med, er besøg på borgerens arbejdsplads, enten alene eller sammen med jobkonsulenten. Borgerne beskriver, at det gør en afgørende forskel, at fysioterapeuten er med ude på arbejdspladsen i forbindelse med råd og vejledning.

Kvinde i 20'erne, afsluttet job, afventer studiestart.

*Interviewer: Hvilken betydning tænker du, at det havde for dig i dit forløb, at han var konkret ude på din arbejdsplads?*



*B15: Det, synes jeg, var vildt rart. Fordi en ting er, at man sidder og fortæller, hvordan det egentligt står til, men en anden ting er, når han så selv kommer ud og oplever det, og ser det med sine egne øjne. Det synes jeg egentligt var rigtigt rart. Fordi så kunne han jo se, hvad det var, jeg stod med til dagligt, og han kunne lidt mere forstå mig, eller sådan. Og kunne bedre komme med nogle svar på, hvordan kan vi egentligt gøre det her bedre, og hvordan kan vi... hvordan kan du hurtigere få det bedre med din ryg, når han nu kunne se, hvordan [arbejdspladsen] så ud, og hvordan mine arbejdsopgaver var fordelt og sådan.*

Også jobkonsulenterne værdsætter fysioterapeuternes bidrag i relation til arbejdspladsbesøg.

*Interviewer: Når du så har inddraget fysioterapeuten i forløbene, hvad har det betydet og bidraget med?*

*Jobkonsulent: Der har man kunnet lave den her kombination af, hvad det er, vi hver især kan. Kan han være med til at give den her øgede tro på, jeg kan godt noget, selvom min ryg er sådan her, eller det er ikke farligt, hvis jeg prøver at gøre nogle ting. Det kan han jo med et sundhedsfagligt perspektiv. Og det er jo der, jeg så kan byde ind med den anden del og sige hvilke muligheder, findes der egentlig, både i forhold til det arbejde man har og ellers på arbejdsmarkedet. Og det er nok den kombination, jeg oplever er god. Fordi så øger man ligesom troen på to fronter, man hvis man lykkedes med det.*

*Interviewer: Så jeg hører at i de cases, der har det en merværdi? To og to giver fem?*

*Jobkonsulent: Ja. Det tænker jeg faktisk, at det kan. Jeg oplever også, især når vi er ude på en arbejdsplads, og vi siger, der også er en fysioterapeut med ude, så tør arbejdsgiveren også noget mere. Fordi så tænker de, at det er forsvarligt.*

Nedenstående er et eksempel på en borgers første samtale i sit sygemeldingsforløb afholdt mellem borger, jobkonsulent og fysioterapeut, hvor jobkonsulenter beskriver værdien af deltagelse af en fysioterapeut.

*Jobkonsulent: [...] Hun har tidligere trænet meget, og nu har hun fået dårlig ryg og kan ikke træne, og nu er der kaos på alle hylder. Hun afventer en scanning, og fysioterapeuten snakker generelt med hende om, hvad det vil sige at have dårlig ryg. Han prøver at neddrøse hendes tanker om, at hun har en frygtelig dårlig ryg. Han er meget med til at afdramatisere de ting der. Og siger til hende, at hun stille og roligt kan starte på sit arbejde, når hun tager nogle hensyn og ikke løfter tungt. Han får det talt ned. Og det ville jeg jo ikke kunne gøre med min faglige baggrund. Jeg ville ikke kunne tale rygproblemer ned. Det ville jo lyde hult, hvis jeg begyndte at gebærde mig ind på de områder, det kan jeg jo ikke gøre, for det har jeg ikke den faglige baggrund for. Men det kan en fysioterapeut jo. Så det bliver en eller anden måde en meget troværdig samtale.*

Både beskrivelsen fra arbejdspladsbesøget og ovennævnte understreger fordele ved at koble en sundhedsfagligt uddannet på borgerforløb, hvor sygemeldingen skyldes fysiske problematikker. Deres faglighed bidrager med en sundhedsfaglig autencitet i sagsbehandlingen, som opleves som en merværdi for jobkonsulenter og borgere.

## Tema 2. Samarbejde mellem jobkonsulenter og fysioterapeuter

### Tema 2A. Hvilke barrierer er der for samarbejdet?

For at kunne samarbejde skal der skabes kontakt mellem den enkelte jobkonsulent og fysioterapeut. Analysen af interviews med jobkonsulenter og fysioterapeuterne peger på, at samarbejdet i projektet primært foregår på fysioterapeuternes initiativ.

*Interviewer: Hvordan har I samarbejdet, sparret og kommunikeret om borgeren i forløbet? Hvordan er samarbejdet foregået?*

*Fysioterapeut: Typisk kan det gå begge veje. Den ene måde at gøre det på er, at vi går ind og skriver i journalen, at borgeren er tilknyttet projektet, og så kan man jo prøve at koble sig på til førstegangsmøde med jobkonsulenten, hvis det giver mening. Den anden måde kunne være at stikke hovedet ind til jobkonsulenten og nævne, at de snart får en borger, som er koblet på projektet, og vi gerne vil have et samarbejde omkring borgeren. Ellers kan jobkonsulenten også komme til os. Det er jo ikke sket så mange gange, men det er noget, som vi har peget på, der skal arbejdes videre med.*

En anden jobkonsulent siger:

*Jobkonsulent: Så ved jeg egentlig ikke...for så kommer fysioterapeuten...jeg ved faktisk ikke rigtig, hvor han fanger sådan en sag henne. Det kan da egentlig undre mig. Om de sidder og deler de nye sager op efter, hvad der kunne have relevans. Men han kommer i hvert fald og spørger, om jeg har fået denne sag, og så aftaler vi en fælles samtale med borgeren her.*

*Interviewer: Så i de eksempler du kan komme i tanke om, der er det [fysioterapeuten], der har stukket hovedet ind til dig?*

*JK3: Ja, og det må altså være, fordi han har fået dem et sted fra. Så jeg tænker, han er med i noget screening, et eller andet sted i systemet. Who knows. Det er et stort system, vi er i.*

Ovenstående udtalelse peger på, at årsagen til, at samarbejdet er foregået på fysioterapeuternes initiativ, kunne være manglende kendskab til projektet overhovedet. En anden mulig barriere for samarbejde mellem jobkonsulenter og fysioterapeut kan være vaner.

*Jobkonsulent: Det er godt at vide, at man har dem i baghånden. Og måske det også gør, at man ikke har det store behov, det ved jeg ikke. Så glider det hele ligesom... Det er en stor del af jobkonsulenterne, der bruger dem jævnligt, og der er vi jo også forskellige i forhold til, hvad vi lige tyr til. Det ser vi også i forhold til andre tilbud. Der er nogen, der bruger nogen [tilbud] mere end andre. Sådan er det nok også med fysioterapeuterne.*

Jobkonsulenterne peger på, at de måske har nogle foretrukne tilbud, som de primært anvender i relation til borgerne, og at ændring af vaner kræver en større indsats end at gøre, som man plejer.

### Tema 2B. Hvad fremmer samarbejdet?

Jobkonsulenterne nævner flere mulige faktorer, der fremmer samarbejdet mellem jobkonsulent og fysioterapeut. En af de faktorer er fysioterapeuternes kompetencer af mere relationel karakter.

*Jobkonsulent: [...] Og i den her forståelsesramme, skal du også vide at sådan en som [fysioterapeuten], vi har som fys, han er dygtig, han er sød, og han er behagelig. Og det gør jo...vi kan jo være nok så professionelle, men hvis han nu havde horn i panden og var træls, og jeg synes, han gik med hovedet under armen. Så er det ikke sikkert, jeg ville tænke på ham. Så ville jeg nærmere tænke, at vi skal undgå han kommer ind [griner]. Så det er jo også et spørgsmål om, hvem man er. Personlige relationer, har også betydning i sådan nogle situationer her. Det kan gøre en stor forskel.*

Et godt kendskab og let tilgængelighed nævnes også.

*Jobkonsulent: Jeg tror, det er lidt learning by doing. Har du et godt forløb med en fys, så tænker du nemmere på ham næste gang.*

*Jobkonsulent: [...] Men bare den viden om at de er der, og til enhver tid er let tilgængelige. Det betyder meget. Fordi der var på et tidspunkt, hvor der blev lavet en visitationsprocedure til dem. Hvor det nærmest tog mig 14 dage at måtte kontakte en af dem længere nede på gangen [griner]. Det holdt meget hurtigt, for så bliver man jo træt.*

### 3.6 Opsamling på kvalitative analyser afsnit 3.5.

I de tilfælde, hvor fysioterapeuterne havde deltaget i et forløb med borgere og jobkonsulenter, var der en oplevelse af, at deltagelse af en person med sundhedsfaglige kompetencer var med til at afdramatisere smerterne, både i forhold til borgeren selv og i forhold til arbejdsgiveren, og fysioterapeuterne understøttede borgernes evne til at mestre deres helbredssituation ved at gøre rygsmerterne håndterbare. Dette var også i fysioterapeuternes øjne deres vigtigste opgave.

Jobkonsulenterne oplevede generelt at parløb med fysioterapeuten i forløbene biddrog til mere tilfredsstillende forløb, hvor evt. behov for arbejdspladsindretning, hjælpemidler, fysiske begrænsninger og lignende kunne afklares hurtigt, når både borger, fysioterapeut og jobkonsulent deltog i fælles møder fx på arbejdspladsen. De beskrev den fysioterapeutiske viden og kompetencer som et værdifuldt supplement til deres viden om beskæftigelseslovgivningens muligheder.

Trods disse positive tilkendegivelser lykkedes det kun i ca. halvdelen af tilfældene at koble en fysioterapeut på forløbene i forsøgsafdelingen.

Dette skyldes blandt andet, at ansvaret for et samarbejde om borgerne næsten udelukkende lå på fysioterapeuterne, da jobkonsulenterne kun sjældent benyttede sig af muligheden for at tilknytte dem på borgernes forløb, på trods af, at fysioterapeuterne gentagne gange tog kontakt både på enkelte borger-sager, og også med mere brede oplæg i afdelingen. Barriererne for jobkonsulenterne blev beskrevet som vaner og tilgængelighed af fysioterapeuterne.

Også hos borgerne selv lå der en barriere, da mange borgere tilkendegav, at de allerede havde forløb ved fx en privatpraktiserende fysioterapeut, og ikke ønskede flere personer i deres forløb, eller de havde muligheden for at tilknytte en fysio- eller ergoterapeut på arbejdspladsen, og vurderede derfor ikke at have et behov for yderligere en sundhedsfaglig person.

## 4 Diskussion

I det følgende gennemgås en række forbehold, som bør medtages i den endelige konklusion på undersøgelsen, da de har betydning for gyldigheden af resultaterne. Ligeledes peges der afslutningsvis på enkelte elementer, afdækket i undersøgelsen, der med fordel kunne ses taget op til overvejelse i organisationen, med henblik på optimering af forløbene for borgere sygemeldt fra job.

### 4.1 Rekruttering af borgere til spørgeskemaundersøgelse og interviews

Kun cirka 30% af borgerne i projektet besvarede spørgeskemaet. Selvom fordelingen af køn, alder, etnicitet og ansættelsesforhold (ledig eller i beskæftigelse) var svarende til den samlede gruppe af borgere, så peger angivelsen af uddannelsesniveau på, at respondenterne ikke er repræsentative for målgruppen. Ser man på befolkningsundersøgelserne i Danmark ("Hvordan har du det"), så er lavt uddannede overrepræsenterede blandt mennesker med rygsmerter, mens det omvendte er tilfældet her. Kun ca. 20 % angiver et lavt uddannelsesniveau, mens cirka 40 % angiver mellem og 40% lang uddannelsesniveau. De sekundære effektmål, som primært er hentet fra spørgeskemaundersøgelsen, vil derfor med stor sandsynlighed have set anderledes ud, såfremt der var opnået bedre besvarelsesprocent i den samlede deltagergruppe.

I forhold til analysen af forskellen mellem grupperne (indsats versus kontrol) på funktions-evne, tiltro til egen arbejdssevne og fear-avoidance, har underrepræsentationen af lavtuddannede dog sandsynligvis haft mindre påvirkning, da respondenterne indenfor hver gruppe var sammenlignelige.

Rekrutteringen af borgere til spørgeskemaet påvirkede også rekrutteringen af borgere til interviews, da rekrutteringen til interviews skete via spørgeskemaerne. Vi har således ikke haft mulighed for at rekruttere, de borgere som i højere grad var lavt uddannede, og eventuelt med ringere sundhedskompetencer og svagere arbejdsmarkedstilknytning, da disse faktorer har sammenhæng med uddannelsesniveau. Det er uvist hvilken betydning, dette kan have haft for den kvalitative undersøgelses resultater.

### 4.2 Manglende tilslutning til den fysioterapeutiske indsats

Kun omkring halvdelen af de 134 borgere i indsatsgruppen modtog et eller flere elementer af den fysioterapeutiske indsats, som bestod af hhv. en borgerrettet, en virksomhedsrettet og en konsulentrettet del. For langt de fleste borgeres vedkommende deltog de kun i 1-3 samtaler med fysioterapeuterne, mens kun 11 også modtog den virksomhedsrettede del, i form af besøg på arbejdspladsen, mens kun én borger også fik den træningsfokuserede del af indsatsen. Særligt den virksomhedsrettede del var vurderet til at være særligt virksom jævnfør eksisterende viden på området. Årsagerne til manglende tilslutning var primært manglende lyst fra borgerens side til at få tilknyttet en fysioterapeut for manges vedkommende, fordi de allerede var i forløb hos privatpraktiserende fysioterapeut eller havde adgang til en fysio- eller ergoterapeut på arbejdspladsen.

Som følge af denne udfordring kan man derfor ikke konkludere, at den fysioterapeutiske indsats ikke virkede, men i stedet må det konstateres, at indsatsen simpelthen ikke har haft mulighed for at virke ift. borgernes sygedagpengeperiode, fordi borgerne takkede nej til tilbuddet.

### 4.3 Præmissen for samarbejde mellem fysioterapeut og jobkonsulent

Et særligt fokus i indsatsen var samarbejdet mellem fysioterapeut og jobkonsulent i forhold til borgerens forløb, hvor der i litteraturen og erfaringsmæssigt peges på vigtigheden af tværfaglighed omkring en indsats for at opnå succes. Det har i projektet ikke været muligt at få oplysninger om, i hvor stort omfang det tværfaglige samarbejde lykkedes, enten i form af decideret tværfagligt forløb sammen med borgeren, eller i form af generel sparring mellem fysioterapeut og konsulent omkring fx forståelse af mulighedserklæringer fra egen læge, hospitalsjournaler, viden om rygproblematikker osv.

På baggrund af interviews med fysioterapeuter og jobkonsulenter vurderes det dog, at samarbejdet har været præget af manglende initiativ fra jobkonsulenternes side, og i mange tilfælde har der ikke været kontakt mellem de to faggrupper. Således har delement nr. 2 i beskrivelsen af indsatsen ("konsulentrettet indsats", jf. indsatsbeskrivelsen side 6) heller ikke haft mulighed for at virke.

Det bør overvejes, om en af årsagerne til det manglende samarbejde mellem de to faggrupper har handlet om, at præmisserne for et samarbejde ikke har været til stede. De to fysioterapeuter skulle dække samtlige teams i centret, i alt 70 forskellige jobkonsulenter, og var således ikke forankret i ét team. Dette kan have mindsket muligheden for relationsarbejdet og kendskabet til fysioterapeuterne, som var nogle af de elementer, som jobkonsulenterne fremhævede som vigtige for at huske involvering af fysioterapeuterne. Derudover var fysioterapeuterne i en del tilfælde koblet på en borger, inden jobkonsulenten blev koblet på. Det betyder, at den tværfaglige indsats skete i forlængelse af hinanden i stedet for samtidig, hvilket muligvis også har gjort det vanskeligere for de to fagligheder at få et grundigere kendskab til hinanden. I de tilfælde hvor det tværfaglige samarbejde omkring en borger lykkedes, oplevedes det som værdifuldt, og at det bidrog væsentligt til det gode forløb ift. at borgerens mulighed for at vende tilbage til arbejde med sit rygbesvær.

En anden væsentlig barriere for at etablere et fastere samarbejde kan også være forårsaget af udflytning og omorganisering af jobcentret undervejs i projektperioden. Dette kan have haft betydning for, at opmærksomheden på et projekt som dette har været begrænset på trods af, at fysioterapeuterne har været opmærksomme på løbende formidling i afdelingen.

Samlet set vurderes det derfor at heller ikke den del af indsatsen, der skulle "virke" som følge af et tættere samarbejde og videndeling mellem fysioterapeuter og jobkonsulenter, har haft mulighed for at give effekt på borgernes forløb.

### 4.4 Jobkonsulenternes rammer

Den kvalitative undersøgelse med borgerne viste, at der er en stor grad af utryghed forbundet med forløbet i jobcentret. Særligt informationen fra jobcentret i form af indkaldelsesbrevene, en oplevelse af at blive mistænkeliggjort – sat i en kasse med nogen der ikke gider arbejde, samt en uigennemsigthed i hvilke pligter og rettigheder, de har i forløbet, bidrog til

en negativ oplevelse med systemet. Det er her vigtigt at understrege, at borgerne generelt udtrykte en tilfredshed med selve dialogen med deres jobkonsulent, og således godt kunne skille oplevelsen af henholdsvis systemet og medarbejderen ad.

Jobkonsulenterne arbejder under lovgivningsbestemte rammer, og der er således krav til information og indsatser, der skal gives til borgeren. De er derfor underlagt nogle bestemmelser for deres arbejde, som kan vanskeliggøre forløbene jf. borgernes udtalelser om deres forløb i jobcentret. Eksempelvis har jobkonsulenterne ikke mulighed for at påvirke ordlyden i indkaldelsesbrevene, og skemaer der skal udfyldes, mødekadencen og mødeformen for de sygemeldte osv.

Ikke desto mindre er det dog et problem, der bør adresseres. Negative forventninger til et forløb er en væsentlig barriere for at skabe en tillidsfuld relation mellem borger og sagsbehandler, en tillid der er essentiel for at opnå succes med forløbet, som vist i flere studier. Det bør derfor overvejes, om information til borgeren inden fremmøde i jobcentret kan formidles på en anden måde.

## 4.5 Afsluttende kommentarer

Formålet med nærværende projekt var at vurdere effekten af at tilknytte fysioterapeuter til beskæftigelsesindsatsen i Jobcentret i Aarhus Kommune. Grundet manglende gennemførsel af indsatsen som planlagt, kan det ikke på baggrund af nærværende projekt vurderes, hvorvidt den planlagte indsats ville have effekt, såfremt den var blevet gennemført som planlagt.

Med henvisning til de ovenfor nævnte barrierer for implementering af indsatsen som planlagt, bør det derfor nøje overvejes hvorledes fremtidigt tværfagligt samarbejde organiseres, hvis det skal virke som tiltænkt. Jævnfør både eksisterende forskning og erfaringerne fra nærværende projekt, kunne man med fordel lave en ny afprøvning af nærværende projekt, hvor organisering af de sundhedsprofessionelle sker som en del af teamet med jobkonsulenterne for at fjerne de nævnte barrierer for samarbejde (relation og vaner / opmærksomhed på fysioterapeuten).

De kvalitative undersøgelser med både borgere og jobkonsulenter peger på en række problemer, som bør adresseres fremadrettet. Dette relaterer sig primært til den bekymring, negative forventninger og en følelse af stigmatisering hos borgeren, som de nuværende rammer for beskæftigelsesindsatsen medfører. Dette kan være en væsentlig hæmsko for etablering af en tillidsfuld relation mellem borger og jobkonsulent, som er helt afgørende for et positivt udfald af forløbet. Hvorvidt man kan tænke i andre formidlingsformer for den indledende borgerkontakt, for at synliggøre forventninger, roller og ansvar i forhold til borger, arbejdsgiver og jobcenter på en mere afbæmrende måde, bør overvejes. Man kunne eventuelt skele til sundhedsvæsenets brug af animeret patientinformation og informationsvideoer, som på en pædagogisk måde forklarer forløbet, som borger (patient) skal igennem, og hvilke forventninger, pligter og rettigheder der er.

## 5 Referencer

- (1) Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. 2015.
- (2) Erratum: Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. (The Lancet (2012) 380 (2163-96)). The Lancet 2014;384(9943):582.
- (3) Koch MB, Davidsen M, Juel K. De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark. 2011.
- (4) Loisel P, Anema J. Handbook of Work Disability: Prevention and Management. 1st ed. New York: Springer; 2013.
- (5) Steenstra IA, Munhall C, Irvin E, Oranye N, Passmore S, Van Eerd D, et al. Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain. J Occup Rehabil 2017 Sep;27(3):369-381.
- (6) Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. J Occup Rehabil 2018;28:1.
- (7) Hoefsmijt N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. J Occup Rehabil 2012 Dec;22(4):462-477.
- (8) Williams-Whitt K, Bultmann U, Amick B, 3rd, Munir F, Tveito TH, Anema JR, et al. Workplace Interventions to Prevent Disability from Both the Scientific and Practice Perspectives: A Comparison of Scientific Literature, Grey Literature and Stakeholder Observations. J Occup Rehabil 2016 Dec;26(4):417-433.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Helhedsorienterede beskæftigelsesindsatser med fokus på sundhed. 2019.
- (10) Kommunernes Landsforening. Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpenge-modtagere. 2011.
- (11) Finansministeriet. Sammen med Borgeren - en helhedsorienteret indsats. 2018.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter. 2017.
- (13) Bond GR, Drake RE. Making the case for IPS supported employment. Adm Policy Ment Health 2014 Jan;41(1):69-73.
- (14) Corrigan PW, McCracken SG. Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. Soc Work 2005 Jan;50(1):31-39.
- (15) Biering K, Hjollund NH, Lund T. Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease. J Occup Rehabil 2013 Sep;23(3):400-405.
- (16) Albert HB, Jensen AM, Dahl D, Rasmussen MN. Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica. Ugeskr Laeger 2003 Apr 28;165(18):1875-1880.
- (17) Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, Korsholm L, Grunnet-Nilsson N. Danish version of the Oswestry disability index for patients with low back pain. Part 1: Cross-cultural adaptation, reliability and validity in two different populations. European Spine Journal. 2006; 15:1705-1716
- (18) Mømsen AM, Rosbjerg R, Stapelfeldt CM, Lund T, Jensen C, Johansen T, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the 19-item return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire. Scand J Work Environ Health 2016 Jul 1;42(4):338-345.

- 19) Linton SJ., Halldén K., Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain. 1998 Sep;14(3):209-15.
- 20) Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006, 3(2) pp. 77-101





