

Sygefravær

– lovgivning, udvikling og tværsektorielt samarbejde

Kristina Johansen, Sigurd Mikkelsen, John Sahl Andersen & Elsebeth Lyngø

Op gennem nullerne var det en udbredt antagelse at sygefraværet i Danmark var højt og stigende, og store reformer af sygedagpengeloven blev iværksat på den baggrund. Artiklen undersøger, om denne antagelse holder stik, og om flere mennesker virkelig var fraværende fra deres job på grund af sygdom op gennem nullerne end tilfældet var ti og tyve år tidligere. Desuden sættes der fokus på, hvordan sygedagpengelovens intentioner om et tættere tværsektorielt samarbejde mellem centrale aktører i sundhedssektoren og socialsektoren er blevet implementeret i praksis. Artiklen konkluderer, at det danske sygefravær har været stor set konstant gennem de sidste mange år, samt at det tværsektorielle samarbejde er hæmmet af et mangefacetteret sæt af barrierer omfattende såvel psykologiske faktorer som lav motivation og strukturelle faktorer som statslige styringsmekanismer.

I Danmark øgedes opmærksomheden på sygefravær betragteligt op gennem nullerne. I 2003 lancerede den daværende regering handleplanen *Det gør vi ved sygefraværet* indeholdende 30 initiativer til at reducere sygefraværet, efterfulgt af handleplanen *sygefravær – en fælles udfordring* fra 2008. Regeringens øgede fokus på at nedbringe sygefraværet og de deraf følgende handleplaner og politiske reformer baserede sig på en antagelse om, at det danske sygefravær i nullerne var steget til et hidtil uset højt niveau og politisk handling var derfor nødvendig.

Det resulterede således i en større reform af sygedagpengeloven i midten af nullerne. Ønsket med reformen var at reducere sygefraværet ved at rette fokus på at undgå marginalisering fra arbejdsmarkedet. Et af

indsatsområderne var at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen for at sikre at den sygemeldte borger blev udredt så hurtigt som muligt. Reformen var en videreførelse af aktivlinjen og et udtryk for en erkendelse af, at selv en kort periode med sygefravær er af afgørende betydning for den fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet. Ræsonnementet var således, at et godt samarbejde mellem den kommunale sagsbehandler og den praktiserende læge kunne tage en sygemelding i opløbet. En såkaldt rundbordssamtale, hvor flere aktører sidder rundt om det samme ord og deler den samme viden blev således promoveret som et af flere værktøjer til at forbedre dialogen og det tværsektorielle samarbejde. Samtidig var ønsket med reformen at æn-

dre fokus fra snævre medicinske diagnoser til et fokus på den enkelte borgers ressourcer og udviklingsmuligheder.

Med afsæt i resultaterne fra en ph.d.-afhandling forsøger denne artikel at sætte nullernes reformer ind i en større historisk kontekst. Indledningsvist beskrives de underliggende forandringer over tid i tildelingen af sygedagpenge siden sygedagpengeloven blev indført i 1973. Efterfølgende sættes den statistiske udvikling i sygefraværet under lup. Spørgsmålet er her om antagelserne bag nullernes store reformer holder stik? Endelig stilles der skarpt på det tværsektorielle samarbejde i sygedagpengeforløbene. I et sygedagpengeforløb er det ikke kun den sygemeldte, men i høj grad også sagsbehandleren og den praktiserende læge der har en afgørende rolle at spille. Med udgangspunkt i målsætningerne formuleret i nullernes reformer undersøges hvordan centrale elementer er implementeret i praksis.¹

Retten til sygedagpenge

Alle samfund har grundlæggende to fordelingssystemer – ét baseret på arbejde og ét baseret på behov. Der vil altid være en grundlæggende konflikt mellem at hjælpe dem, der har behov uden at underminere det grundlæggende princip om fordeling af goder i henhold til arbejdsindsatsen. Løsningen på dette dilemma er at opbygge regler, der definerer grænserne mellem de to systemer, og disse grænser vil til enhver tid ændres og redefineres i lyset af en given samfundsudvikling (Stone 1984; Johansen m.fl. 2007). De rettigheder, som lovgivningen tilbyder borgerne, hvis de bliver uarbejdsdygtige på grund af sygdom, er et vigtigt aspekt, hvis man ønsker at forstå relationen mellem dårligt helbred og sygefravær. Alligevel bliver dette aspekt ofte overset i sygefraværslitteraturens analyser og tolkninger (Benavides 2006; Alexanderson 1998).

Med indførelsen af Sygedagpengeloven i Danmark i 1973 fik alle ret til økonomisk kompensation i tilfælde af uarbejdsdygtighed på grund af sygdom. Sygedagpengeloven var en del af 1970'ernes socialreform, hvor man efter engelsk forbillede indførte et universelt sikringsystem. Herefter overtog kommunerne det finansielle ansvar fra sygekasserne, udgifterne blev finansieret over skatten, og dermed forsvandt den sidste rest af forsikring i tilknytning til sygdom (Petersen 2012).

Sygedagpengeloven er siden sin indførelse vokset til en meget kompleks lovgivning. Der har været utallige justeringer undervejs, og mere med 50 lovændringer er det blevet til frem til 2008. Udviklingen i tildeling af sygedagpenge i Danmark viser to tendenser. På den ene side har systemet gradvist implementeret langt mere intensive kontrolforanstaltninger. Varighedsbegrænsningen er ændret fra indledningsvist at være ubegrænset, til senere 2 år, og nu til 1 år. Opfølgningssamtaler skulle oprindeligt afholdes hver tredje måned, senere hver anden måned og nu hver måned for borgere i risikogruppen. Skriftlige opfølgningsplaner blev senere et lovkrav og skulle indledningsvist udarbejdes hver sjette måned og nu hver fjerde måned. Ledetråden i disse ændringer synes at have været et ønske om at kontrollere menneskelige handlinger gennem overvågning og evaluering, og sygedagpengemodtagere er i dag under langt mere kontrol end tidligere. Ligeledes er den intensiverede opfølgningssindsats et udtryk for mere kontrol af kommunerne og den enkelte sagsbehandler. På den anden side er sygedagpengemodtagere gradvist blevet mere generøst kompenseret; karensdagene er helt afskaffet, og mange lønmodtagere får i dag løn under hele sygefraværperioden. Tabel 1 er en oversigt over de vigtigste ændringer i sygedagpengeloven fra 1973 og frem til 2005.

Tabel 1. Oversigt over centrale lovændringer i perioden.

År	1973-77	1987-82	1983-87	1988-92	1993-97	1998-02	2003-05
Karensdag	0	0	1 dag	0	0	0	0
Varighedsbegrænsning	Ingen	Ingen	2 år	2 år	1 år	1 år	1 år
Arbejdsgiverperiode	5 uger	5 uger	13 uger	5 uger	2 uger	2 uger	2 uger
Dagpengeloftet	90 %	90 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Statsrefusion til kommunerne	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	50 %	50 %
Opfølgningssamtaler	3 mdr.	3 mdr.	3 mdr.	3 mdr.	3 mdr.	2 mdr.	1 mdr.
Opfølgningsplan	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	6 mdr.	6 mdr.	4 mdr.
Funktionærer: løn under sygdom	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Sygdomsbegrebet og gatekeeperfunktionen

Betingelsen for at modtage sygedagpenge er, at der foreligger "uarbejdsdygtighed på grund af sygdom". Implicit ligger et tilkendelseskriterium, hvor en lægeligt diagnosticeret lidelse er nødvendig for at opnå ret til sygedagpenge. I sygedagpengeloven har det dog altid været op til den kommunale sagsbehandler at vurdere, hvornår en borger er berettiget til sygedagpenge. Hvorvidt der foreligger uarbejdsdygtighed er en beslutning, som baseres på såvel lægelig som supplerende information. Sagsbehandleren bestemmer selv, hvornår der er behov for at indhente lægelige oplysninger. Formelt er det således den kommunale sagsbehandler og ikke lægen, der har retten til at afgøre, om en borger er berettiget til sygedagpenge eller ej. Men vurderingerne vil i mange tilfælde bero på erklæringer og attester fra medicinske eksperter.

Hos arbejdsgiveren ligger også en kontrolforanstaltning, idet arbejdsgiveren kan forlange en lægeattest efter 4. sygedag, en såkaldt uarbejdsdygtighedserklæring. Her er lægen ikke forpligtet til at oplyse års-

agen til sygefraværet. Efter 14 dage kan arbejdsgiver eller kommune forlange en varighedserklæring, som er en lægeattest om sygdommens forventede varighed. Disse kontrolforanstaltninger har været ret konstante fra 1970'erne og frem til nullerne. I modsætning til andre lande, har den danske lovgivning ikke haft så strenge krav til lægelig dokumentation i den indledende fase.²

I 1990erne blev "aktivlinjen" indført i dansk socialpolitik. Aktivlinjen indebar et øget fokus på beskæftigelse og aktive tiltag. Dermed ændredes fokus fra at være behandlingsorienteret til i stedet at være rettet mod aktivering og tidlig tilbagevenden til arbejdet. Denne linje er fortsat frem til i dag og kulminerede med indførelsen af arbejdsevneметoden og ressourceprofilen i 2003. Med arbejdsevneметoden blev arbejdsevnebegrebet indført som tilkendelseskriterium, også på pensionsområdet, og dermed fik den aktive indsats i enhver henseende fortrinsret frem for den passive forsørgelse (Discus 2010). Arbejdsmetoden er bygget op om tolv elementer, og alle elementer indgår principielt i vurderingen af

borgerens arbejdsevne. Elementerne omfatter stort set alle aspekter af et menneskes liv, og hensigten er at ingen relevante barrierer eller ressourcer overses (Discus 2010). Det interessante er imidlertid, at helbredet kun udgør én ud af de tolv elementer, hvorefter den kommunale sagsbehandling skal vurdere den sygemeldte borgers arbejdsevne. Se figur 1 for visualisering af ressourceprofilen.

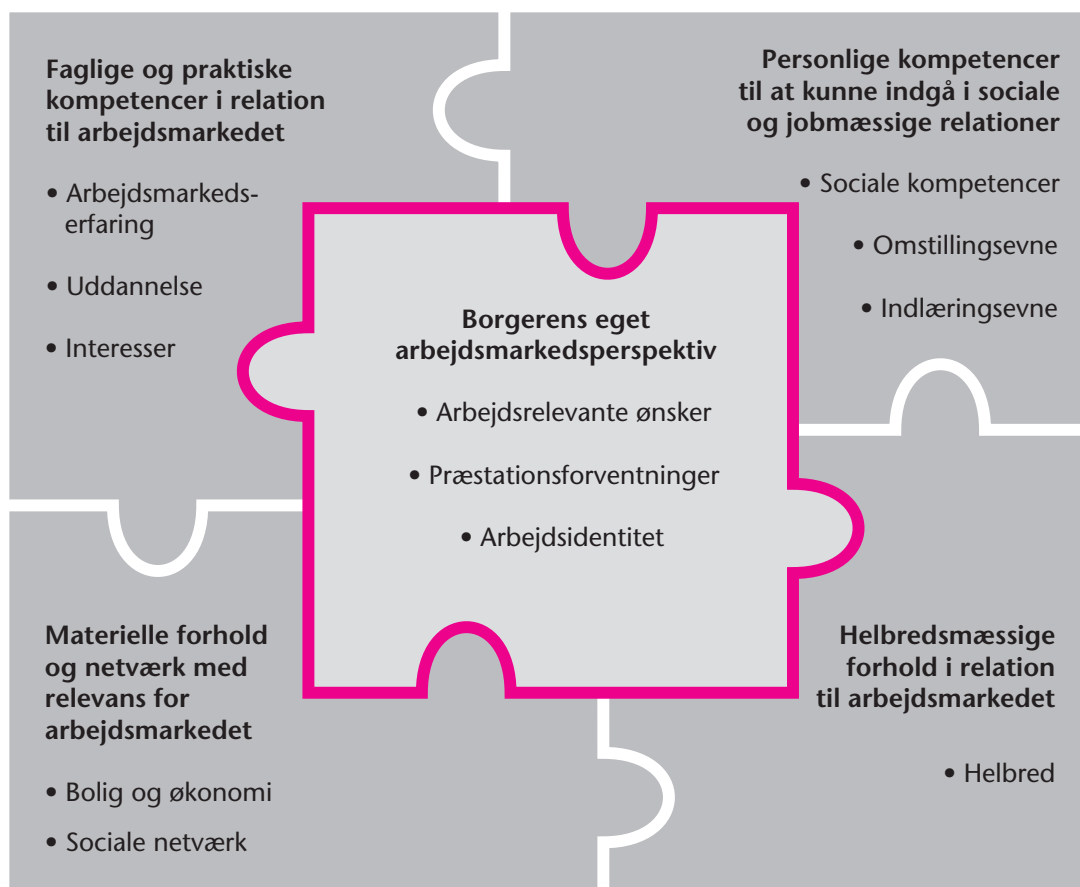
Indførelsen af arbejdsevnetoden kan ses som et udtryk for, at de medicinske diagnoser skal fylde mindre i beslutningsprocessen. Endelig betones det, at der er tale om en helhedsvurdering af borgeren og et samarbejde og samspil med aktører på tværs af sektorer er helt nødvendigt, når

borgerens arbejdsevne skal beskrives, udvikles og vurderes. Med arbejdsevnetodens indførelse er kravene til transparens og indsigt i alle elementer af den sygemeldte borgers livssituation blevet forstærket. Aktivlinjen og arbejdsevnetoden lægger op til en bred vurdering af den sygemeldte borger med fokus på ressourcer frem for snævre medicinske diagnoser.

Sygefraværet i Danmark har været relativt konstant

I Danmark såvel som i mange andre europæiske lande var sygefraværet op gennem nullerne genstand for stigende videnskabelig og politisk opmærksomhed. I Holland

Figur 1. Ressourceprofilen



har sygefraværet ligget over niveauet i de andre europæiske lande, og det har ført til en privatisering af sygeforsikringen og et stort fokus på forebyggende aktiviteter på arbejdspladserne (Allegro & Veerman 1998; Geurts m.fl. 2000; van Dijk & Prins 1995). I Sverige har en stigning i det registrerede sygefravær siden slutningen af 1990'erne medført stor videnskabelig og politisk opmærksomhed, og emnet har været meget centralt i de seneste to valgkampe. I midten af nullerne var det en politisk målsætning at reducere sygefraværet med 50 procent fra 2002 til 2008 (Alexanderson & Norlund 2004). Siden starten af 1990'erne har reduktion i sygefraværet ligeledes været et højt prioriteret emne på den politiske dagsorden i Norge, kulminerende med aftalen om et mere inkluderende arbejdsliv (IA-aftalen 2006-2009). Her var målet at reducere sygefraværet med 20 procent vha. et større fokus på arbejdsnærvær, bedre arbejdsmiljø og ved at undgå udstødning fra arbejdsmarkedet (Norwegian Labour and Welfare Organisation 2005). I Danmark øgedes opmærksomheden på sygefravær ligeledes op gennem nullerne. I 2003 lancerede den daværende regering handlingsplanen "Det gør vi ved sygefraværet" indeholdende 30 initiativer til at reducere sygefraværet. Målsætningen var at reducere sygefraværet med 20 procent frem til 2015 (Beskæftigelsesministeriet 2003).

Der var tilsyneladende en fremherskende opfattelse af, at sygefraværet var steget til et hidtil uset niveau, og at politiske initiativer om langt større kontrol af dette alarmerende fænomen var nødvendige, eller som OECD skrev i deres rapport fra 2006, så er der et presserende behov for at adressere den stigende medikalisering af arbejdsmarkedets problemer (OECD 2008). Somme tider får emner i den politiske dagsorden deres eget liv, og spørgsmålet er, om flere mennesker i virkeligheden var fraværende

fra deres job på grund af sygdom end tilfældet var for fx ti og tyve år siden.

Tilgængelige historiske fraværstal

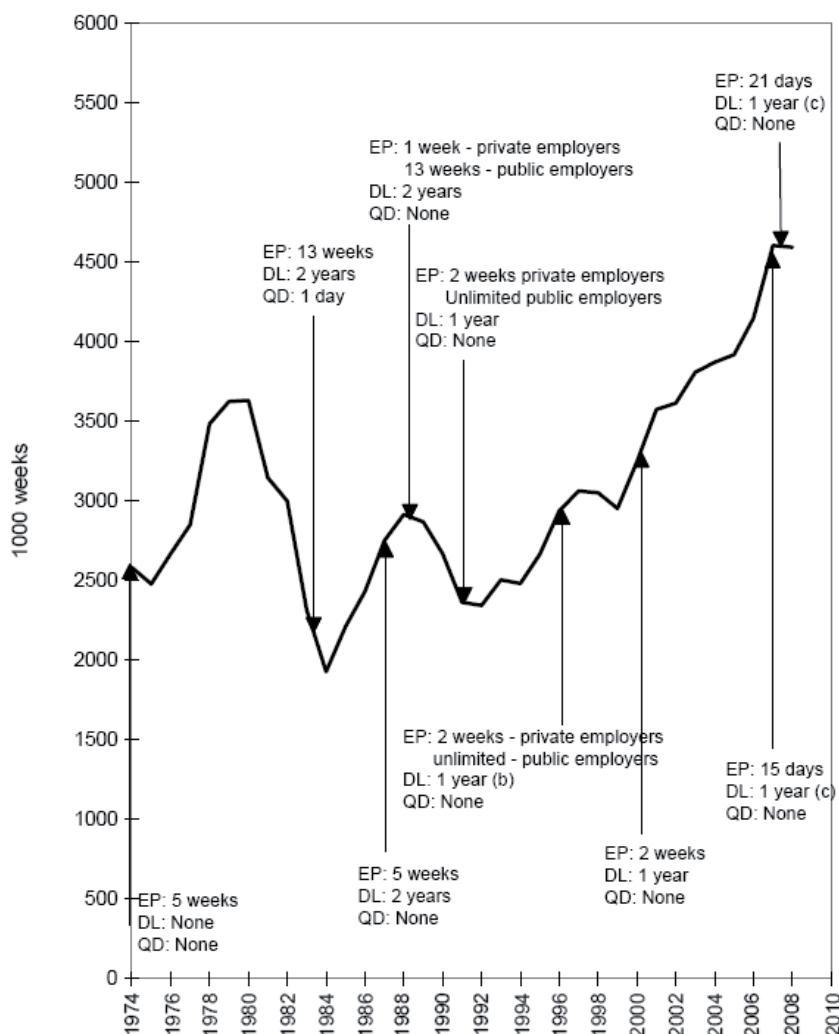
Baseret på tilgængelige fraværdata testes i det følgende validiteten af antagelsen om, at sygefravær er blevet et hyppigere forekommende fænomen i Danmark.

Lad det være sagt med det samme: det er ikke let at finde rundt i de danske fraværstal, idet man mangler en samlet fraværstatistik for hele det danske arbejdsmarked. Der eksisterer imidlertid forskellige datakilder, der kan belyse dele af udviklingen i sygefraværet på det danske arbejdsmarked siden indførelsen af sygedagpengeloven i 1973. I denne del af artiklen er følgende registre blevet undersøgt nærmere: Dansk Arbejdsgiverforening, Personalestyrelsen (nu Moderniseringsstyrelsen), Danmarks Statistik og Arbejdskraftundersøgelsen. Ingen af registrene måler sygefraværet på samme måde, hvorfor de ikke er direkte sammenlignelige. Det ideelle mål for sygefravær er incidensraten, men det har ikke været muligt ud fra de tilgængelige registre at konstruere en incidensrate³ på de historiske fraværstal i Danmark. Derfor er denne undersøgelse baseret på de tilgængelige, men mere unøjagtige mål (Johansen m.fl. 2009).

Trenden i fraværet har været stabil

Danmarks Statistik har registreret den offentlige udbetaling til sygedagpenge siden 1974. Som det fremgår af figur 2, viser disse data en betydelig fluktuation i sygefraværet over tid. Siden 1992 har der imidlertid været en næsten konstant stigning i de offentlige *udbetalinger* til sygedagpenge, og det er utvivlsomt denne stigning, der har bidraget til den fremherskende opfattelse af, at sygefraværet har været stærkt stigende, også i Danmark. Men statistikken over offentlige udbetalinger til sygedagpenge udarbejdes på baggrund af den til en hver tid gældende

Figur 2. Danmarks Statistik, antal dagpengeuger ved sygdom og centrale ændringer i sygedagpengeloven.



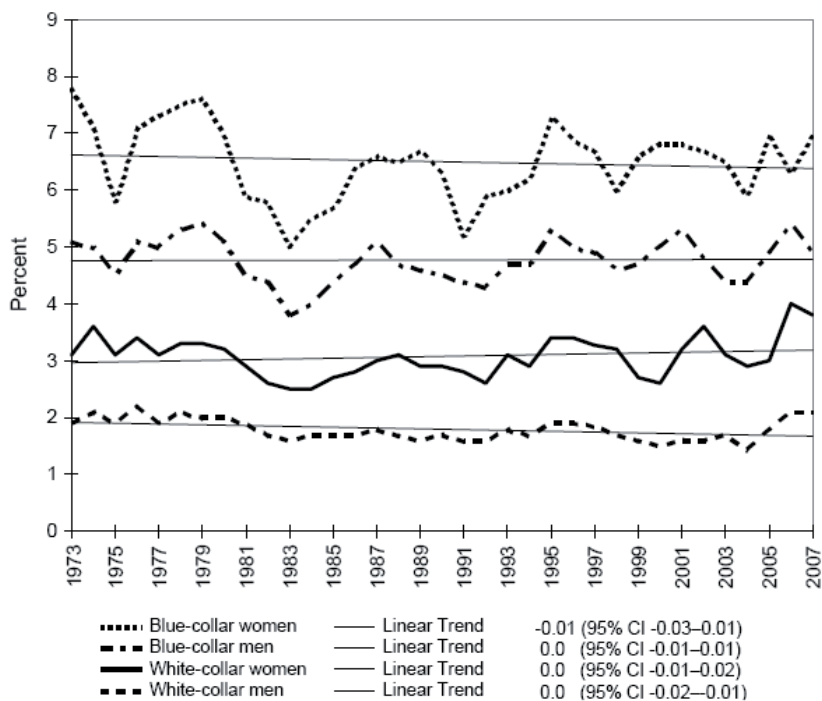
(EP: Arbejdsgiverperiode, DL: Varigheds begrænsning, QD: Karensdage)

lov, og der er ikke taget hensyn til ændringerne i fx karensdage, ændringer i længden af arbejdsgiverperioden og ændringer i varighedsperioden. Navnlig arbejdsgiverperioden er central, idet sygedagpengeloven i perioden 1990-2001 ikke gav offentlige arbejdspladser ret til statslig refusion. Derfor er det først efter 2001, hvor arbejdsgiverperioden for både offentlige og private arbejdsgivere blev sat til to uger, at de offent-

lige ansattes fravær indgår på lige fod med de privatansattes i denne opgørelse. Denne statistik har således mange huller og udgør derfor ikke et validt grundlag for at vurdere udviklingen over tid i sygefraværet.

Dansk Arbejdsgiverforening har opgjort fraværet på det private arbejdsmarked siden 1973, se figur 3. Her beregnes fraværprocenten som antal registrerede fraværdsdage i procent af antal mulige arbejdsdage mi-

Figur 3. Dansk arbejdsgiverforenings fraværstatistik



nus feriedage. Disse tal er ikke i samme omfang som Danmarks Statistiks opgørelse belastet af de mange lovændringer. Men i modsætning til de offentlige udbetalinger af sygedagpenge dækker Dansk Arbejdsgiverforenings fraværstal ikke personer, der er blevet afskediget fra deres job, hvilket må antages at påvirke tallene. Dansk Arbejdsgiverforenings fraværstal indeholder imidlertid det korte fravær i arbejdsgiverperioden, men afspejler til gengæld kun en selekteret gruppe af de private arbejdspladser. Med de forbehold viser opgørelsen en meget stabil trend i udviklingen i antallet af sygefraværdsdage siden 1973 for hver af de fire kategorier på det private arbejdsmarked.

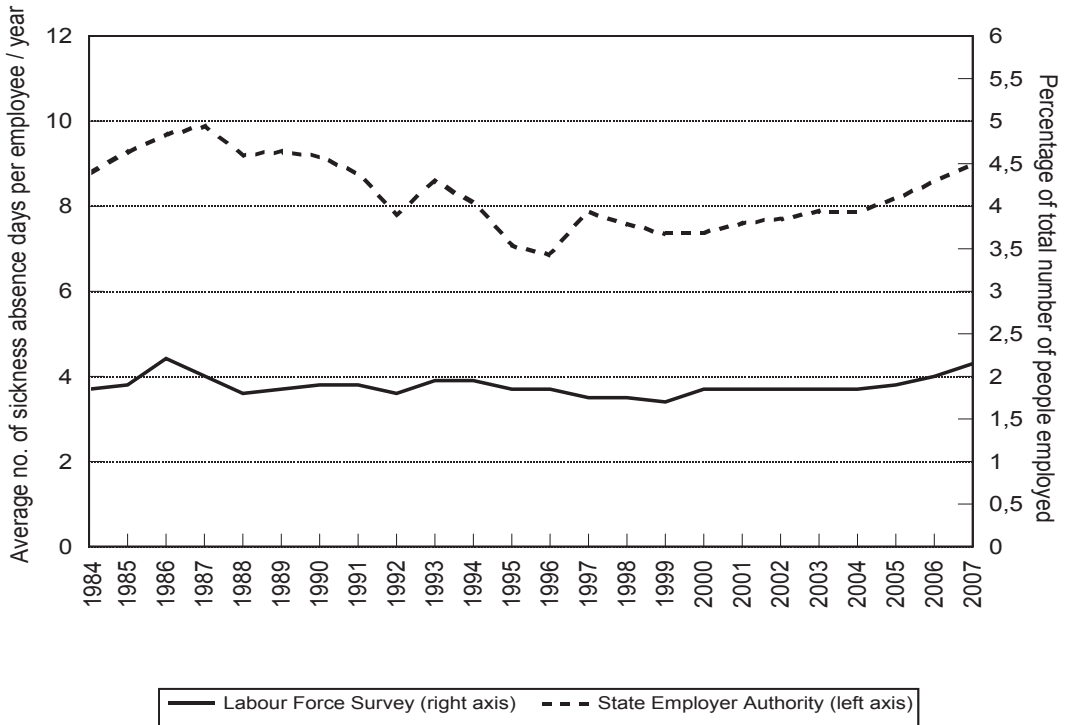
Den stabile trend bekræftes i fraværdata fra Personalestyrelsen og i arbejdskraftundersøgelserne tilbage fra 1984, se figur 4 på næste side.

Gennemgangen af de tilgængelige fra-

værstal viser, at alle registre har forskellige mangler, eksempelvis ændringer i registreringspraksis over tid, hvilket gør det vanskeligt sikkert at konkludere på udviklingen over tid i sygefraværet i Danmark. Men ser man på de overordnede tendenser i de tilgængelige registre, så har niveauet varieret mellem de forskellige grupper på arbejdsmarkedet, men trenden over tid er i hver gruppe relativt stabil. Data indikerer derfor, at sygefraværet har været relativt stabilt i Danmark over de sidste 20 år.

Det er tankevækkende, at den statistiske overvågning af sygefraværet har været af så relativ dårlig kvalitet til trods for, at sygefraværet har udgjort en betydelig politisk bekymring, og mange lovgivningsmæssige tiltag er iværksat for at regulere adgangen til sygedagpenge. Det skal dog bemærkes, at fra og med 2007 har Danmarks Statistik oprettet en fraværstatistik, der dækker alle

Figur 4. Personalestyrelsens og arbejdskraftundersøgelsesnes fraværstal



ansatte i den statslige og kommunale sektor samt en repræsentativ stikprøve af ansatte i den private sektor.

Beslutningsprocesser og tværsektorielt samarbejde

Denne del af artiklen adresserer, hvordan helt centrale elementer af sygedagpengereformen i 2005 er implementeret i praksis (Johansen m.fl. 2011). Af vejledningerne til loven fremgår det, at arbejdsevne-metoden forudsætter, at sagsbehandleren indgår i et tæt samspil med forskellige interesserter for at udvikle og vurdere borgerens arbejdsevne. Spørgsmålet er, om der efter reformen er etableret et tættere samarbejde mellem centrale aktører i sygemeldingsforløbet, nemlig sagsbehandleren og den praktiserende læge? Og om det grundlæggende værdiskifte er gennemført, således at me-

dicinske diagnoser spiller en mindre rolle i beslutningsprocessen?

Baggrund

Med sygedagpengereformen i 2005 var ønsket at reducere sygefraværet ved at rette fokus mod at undgå marginalisering fra arbejdsmarkedet. Der blev indført en styrket sygefraværsindsats med ny visitation og intensiveret opfølgning i sygedagpengesagerne således, at alle sygemeldte fik en samtale inden udgangen af ottende uge, herefter opfølgning mindst hver fjerde uge i risikosager (Lov nr. 396 1/6 2005). I den forbindelse var det ligeledes et eksplicit ønske, at kommunerne skulle have et særligt fokus på at udvikle samspillet med borgeren, den praktiserende læge og arbejdspladsen. Et nyt værktøj, rundbordssamtalen, blev introduceret i de komplicerede sager. Arbejds-

evnemethoden blev indført som generel og systematisk metode i forbindelse med førtidspensionsreformen i 2003, men metoden skulle også anvendes i sygedagpengesager. Med indførelsen af metoden skiftede man fra det tidligere erhvervsevnebegreb, hvor man havde fokus på varig nedsættelse af funktionsevnen, til et nyt arbejdsevnekriterium med fokus på borgernes kompetencer i forhold til arbejdsmarkedets krav. Den grundlæggende tanke var, at der skulle ske et værdiskift fra fokus på begrænsninger og barrierer til i stedet at fokusere på ressourcer. Det var en erklæret målsætning, at de medicinske diagnoser skulle fylde mindre – den såkaldte diagnosejagt skulle stoppes.

Formålet her er derfor dels at belyse, om der i højere grad forekommer et tværsektorielt samarbejde mellem aktørerne i sygedagpengeforløbene i praksis, og hvis ikke, hvad er barriererne herfor? Dels at undersøge, hvilken betydning den medicinske diagnose spiller i beslutningsprocessen?

Konteksten for casestudiet

Som forskningsdesign er valgt et single casestudie i en københavnsk omegnskommune. Sygedagpengeteamet i casekommunen bestod af syv socialfagligt uddannede sagsbehandlere, en teamleder og fire socialrådgiverstuderende. På grund af strukturreformen i 2007 var en stor del af personalet blevet rekrutteret inden for det seneste år. Dette team administrerede det komplekse regelsæt vedrørende sygedagpenge, fleksjob og førtidspension. Det overordnede mål med teamet var at gøre de sygemeldte borgere i stand til så hurtigt som muligt at vende tilbage til lønnet arbejde på fuld- eller deltid. Hvis dette mål ikke blev indfriet i løbet af sygedagpengeforløbet, blev andre ordninger som revalidering, fleksjob og førtidspension gradvist overvejet. Dette team mødtes to gange om ugen for i fællesskab

at drøfte aktuelle sager. Kun teamlederen havde bemyndigelse til at forlænge sager ud over et år samt at bevilge fleksjob. Formanden for pensionsnævnet var der eneste, der kunne træffe afgørelse om førtidspension.

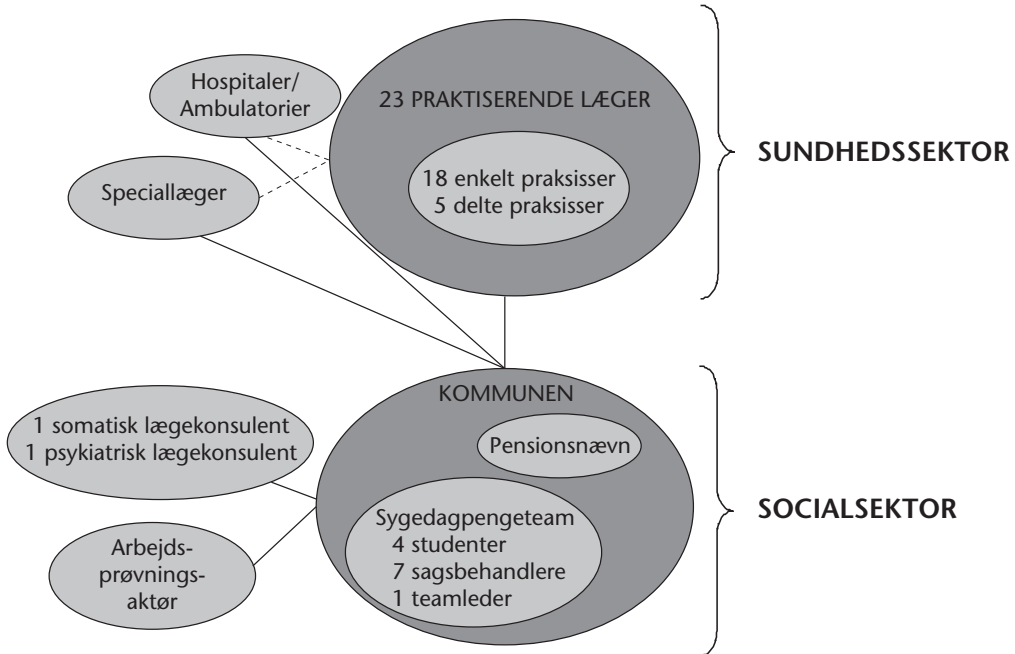
Kommunen havde to lægefaglige konsulenter tilknyttet; en somatisk og psykiatrisk. Disse konsulenter var i hovedreglen deltidsansatte lokale praktiserende læger. Det var den enkelte sagsbehandler, der afgjorde om og i givet fald hvornår i udredningsforløbet, lægekonsulenten skulle involveres. Lægekonsulenternes vurderinger kunne enten være mundtlige eller skriftlige, men på grund af det store dokumentationskrav var de skriftlige vurderinger fra lægekonsulenterne begyndt at spille en stadig større rolle i sagsakterne.

Ved hjælp af strukturelle styringselementer som refusionsordninger forsøger staten at påvirke praksis i kommunerne. På sygedagpengeområdet ophører den statslige refusion eksempelvis efter 12 måneders varighed, og i fleksjob sager annulleres refusionen, hvis sagerne ikke er tilstrækkelig veldokumenterede.

Når beskæftigelsesrettede tiltag som arbejdsprøvninger blev initieret, var det typisk i samspil med 'anden aktør', altså private firmater der varetog en rådgivningsfunktion, og som stod for den praktiske arbejdsprøvning af den sygemeldte borger. En arbejdsprøvning bestod typisk af et tre måneders forløb med en undervisningsdel og en virksomhedspraktik, afhængigt af borgerens behov.

I kommunen var der 23 privatpraktiserende læger. Det socialt-lægelige samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunerne er på landsplan formaliseret via et attestsystem aftalt mellem Lægeforeningens Attestudvalg og Kommunernes Landsforening. I de fleste sygedagpengesager havde kommunen behov for supplerende lægelige oplysninger, ikke kun fra egen læge, men

Figur 5. Tværsektorielle netværk omkring sygemeldte borgere i case kommunen



også fra andre praktiserende speciallæger. De typiske speciallægeerklæringer blev indhentet fra speciallæger i psykiatri, reumatologi og neurologi. Figur 5 viser det tværsektorielle netværk omkring sygemeldte borgere i den udvalgte casekommune.

Metode

Som forskningsdesign blev som nævnt valgt et single casestudie i en københavnsk omegnskommune med indlejrede analyseenheder bestående af fem sagsspecifikke sygedagpengeforløb. Casestudiedesignet gør det muligt at studere nutidige fænomener i deres naturlige sammenhæng (Yin 2003). I dette casestudie blev metodetriangulering benyttet mellem dokumentanalyse og interviews samt i forhold til at belyse fem udvalgte 'real life' cases ud fra tre forskellige interessenters perspektiv. Hver case blev belyst ud fra den kommunale sagsbehandlers, den praktiserende læges og den sygemeldte borgers perspektiv. Yderligere to centrale

personer fra den udvalgte kommune blev interviewet som baggrundsinformanter. I alt blev 16 interessenter interviewet idet en sagsbehandler var involveret i to af de udvalgte cases. To af de valgte praktiserende læger viste sig også at have arbejdet som lægefaglige konsulenter i kommunen. Desuden indgik de relevante kommunale sagsakter i dokumentstudiet for derved at rekonstruere det aktuelle forløb.

I den valgte casekommune blev der efter indledende kontakt til socialdirektøren givet aktindsigt i ca. 500 sygedagpengesager, der alle var afsluttet inden for de sidste 12 måneder. Af disse blev 200 tilfældigt udvalgt og grundigt undersøgt. Slutteligt blev 5 udvalgt på baggrund af en række udvælgelseskriterier. Den ubegrænsede adgang til de afsluttede sager var central for studiets validitet, idet man ikke var afhængig af en sagsbehandlers udvælgelse af cases. De udvalgte borgere modtog et introduktionsbrev med information om undersøgelsens

indhold og formål. Få dage senere blev borgeren kontaktet telefonisk af interviewer, og tid og sted for interviewet blev aftalt. Informeret samtykke blev givet forud for interviewet. En af medforfatterne i studiet var selv praktiserende læge, og han tog den første kontakt til de implicerede praktiserende læger. Alle de interessenter, der blev kontaktet, indvilligede i at deltage i undersøgelsen. Alle interviews blev foretaget i foråret 2008. Interviewene varede mellem 40 minutter og 2 timer 30 minutter med et gennemsnit på 60 minutter.

Interviewene var semistrukturerede. Struktureringen skete vha. en interviewguide med mange åbne spørgsmål, der tillod informanterne at beskrive sygedagpengeforløbet ud fra deres unikke perspektiv (Kvale 2008). Informanterne blev også bedt om at beskrive deres generelle erfaringer med samarbejde mellem interessenter i det tværsektorielle netværk.

Analyse

Interviewene blev analyseret tematisk (Malterud 1998). De transskriberede interviews blev indledningsvist læst i sin helhed for at give et overordnet indtryk af materialet. Dernæst blev meningsbærende enheder identificeret og relevante temaer blev udledt. Afslutningsvist blev temaerne sammenholdt på tværs af interviews. Et helt centralt fokus i analysen blev barrierer for tværsektorielt samarbejde.

Resultater

Analysens resultater kan inddeles i fire kategorier: Mulighed for at samarbejde, motivation til at samarbejde, manglende tillid og modstridende paradigmer.

Muligheder for at samarbejde

I de mere komplekse sager deler den kommunale sagsbehandler og den praktiserende

læge ofte de samme borgere/patienter. I disse sager anbefales det, at der afholdes rundbordssamtaler, men i realiteten finder disse møder kun sjældent sted. Med revisionen af sygedagpengeloven i 2005 blev kravene til lægeerklæringerne også revideret, og på den nye attest om "mulighed for at varetage et arbejde" blev det muligt at afkrydse, om en rundbordssamtale blev vurderet relevant i forhold til at klarlægge den sygemeldtes ressourcer. I ingen af de 200 sagsforløb, der blev gennemgået i denne undersøgelse, blev en rundbordssamtale vurderet relevant af den praktiserende læge. Både sagsbehandler og praktiserende læge refererede til den *manglende tid* som hovedårsagen til, at rundbordssamtaleværktøjet ikke blev benyttet oftere. En anden forhindring for at samarbejde er den *hyppige udskiftning* af kommunale sagsbehandlere. I dette studie fremgik det, at det ikke var udsædvanligt, at en sygemeldt borger havde omkring 4-6 forskellige sagsbehandlere i løbet af et sygedagpengeforløb. Det er indlysende, at en sådan mangel på personlig kontinuitet var en meget stor barrierer for et tættere tværsektorielt samarbejde. De praktiserende læger fremhævede også økonomi som en barriere, idet den offentlige refusion for at deltage i fx en rundbordssamtale slet ikke blev opvejet af de reelle udgifter, der var forbundet med at deltage. Dårlig *tilgængelighed* til hinanden blev også fremhævet som noget, der påvirkede muligheden for at etablere et reelt samarbejde. Begge aktører understregede, hvor vanskeligt det var at få fat i hinanden over telefonen, og af fortrolighedshensyn var det i den pågældende casekommune ikke muligt for praktiserende læger og kommunale sagsbehandlere at kommunikere via e-mails. Den ringe tilgængelighed til hinanden understreges i dette citat:

"Det er ikke ret tit, nogen gange har man nogle fælles klienter/patienter, hvor det er så

kompliceret at man bliver nødt til at gribe telefonen. Men nu er sagsbehandlere lige så svære at få fat i, som vi er. Det kan godt trække tænder ud, inden det nogensinde bliver til noget. Og generelt er der ikke nogen særlig effektiv kommunikation mellem os.”
(Praktiserende læge)

Motivation til at samarbejde

Det er velkendt fra litteraturen, at samarbejde er meget afhængigt af interessenternes motivation til at samarbejde (Axelsson & Axelsson 2007). De praktiserende lægers modvilje mod at samarbejde kan således delvist tilskrives den *lave prestige*, der er forbundet med det socialmedicinske samarbejde. De praktiserende læger følte, at arbejdet med at udfylde attester, at have kontakt med kommunen og andre problemstillinger relateret til bl.a. fleksjob og førtidspension var meget besværligt og ganske tidskrævende. Lægerne indrømmede, at deres interesse i sociallovgivning var meget ringe og generelt havde lav prioritet i det daglige arbejde. Og mange af dem vedkendte sig, at de manglede viden om lovgivningen på området. Det forholdt sig imidlertid lidt anderledes med de praktiserede læger, der tidligere havde arbejdet som lægekonsulenter for kommunen. De var meget mere fortrolige med lovgivningen, de havde en anden forståelse for kommunens måde at arbejde på, og de var generelt positive over for kommunens henvendelser. Set fra de kommunale sagsbehandlers perspektiv, var der i den aktuelle kommune et stort behov for tættere dialog og samarbejde med de praktiserende læger. Nogle sagsbehandlere havde gode erfaringer med forskellige dialogmøder med det lokale lægelaug fra andre kommuner, som de tidligere havde arbejdet i. Men i denne casekommune var dialogen med de praktiserende læger ikke særlig god, og kommunen var holdt op med

at arrangere den slags møder, fordi kun meget få læger deltog i arrangementerne.

Asymmetri i informationsudvekslingen blev af de praktiserende læger fremhævet som en særdeles demotiverende faktor for et tættere samarbejde. Eksempelvis savnede de fleste af lægerne feedback fra kommunen på de tiltag, der blev iværksat over for den sygemeldte borger med hensyn til arbejdsprøvning o.lign. Et andet eksempel var de supplerende lægelige oplysninger, som kommunen i rigtig mange sygedagpengesager indhentede. I langt de fleste tilfælde så den praktiserende læge ikke disse speciallægeerklæringer. Det samme gjaldt de kommunalt ansatte lægekonsulenters anbefalinger, som også kun sjældent blev sendt til egen læge. Tidligere havde der været tradition for, at sagsbehandleren sendte kopi af lægekonsulentens anbefalinger til egen læge, men denne type videndeling på tværs af sektorgrænserne fandt ikke sted længere.

Da mundtlig kommunikation mellem sagsbehandleren og den praktiserende læge kun forekom sjældent, var den primære interaktion mellem kommunen og den praktiserende læge udveksling af attester, og netop derfor var det fra lægernes synsvinkel ønskeligt med klarere formål med proceduren omkring udstedelse af diverse attester. Endvidere mente de, at det ville virke som en motiverende faktor, hvis de fik bedre feedback på lægeerklæringerne.

Manglende tillid

En udpræget grad af manglende gensidig tillid påvirkede også samarbejdet. Flere praktiserende læger gav udtryk for, at sagsbehandlerens spørgsmål var problematiske. Spørgsmålene vedrørte problemstillinger, som den praktiserende læge ofte ikke kunne svare på på det pågældende tidspunkt i forløbet, eller også var spørgsmålene så vagt formuleret, at egen læge ikke vidste, hvad

der blev spurgt om, eller hvad informationen reelt skulle bruges til. Denne arbejdsmetode skabte usikkerhed blandt de praktiserende læger og resulterede i modvilje til at dele information med den kommunale sagsbehandler. Sagsbehandlerne på den anden side satte store spørgsmålstejn ved de praktiserende lægers dømmekraft. De var af den overbevisning, at egen læge var alt for subjektiv og ofte udelukkende varetog rollen som patientens advokat. Sagsbehandlerne satte også store spørgsmålstejn ved de praktiserede lægers faglighed:

" ..." det er ikke mit umiddelbare indtryk, at der ligger specielt meget ekspertise hos de praktiserende læger. Jeg har sgu ikke ret stor respekt for dem rent lægeligt. Fordi de er sgu nogen generalister altså, de er gode til at visitere, og de er gode til at tage sig af smålidelser. Det er det, de kan derude. Skal vi længere ned i dybden, det kan de altså ikke." (Sagsbehandler)

Generelt oplevede sagsbehandlerne, at de praktiserende læger ikke gjorde sig umage nok, når de udfyldte lægeerklæringerne. Konsekvensen blev, at sagsbehandleren i mange tilfælde hellere ville bruge de mere kostbare speciallægeerklæringer. For som en sagsbehandler sagde, *"så er vi sikre på at få et kvalificeret og objektivt svar."* I modsætning til egen læge, så kender specialisten ikke borgeren, og ud fra sagsbehandlerens perspektiv var det en fordel, at speciallægerne vurderinger ikke var influeret af et personligt og langvarigt kendskab til patienten. På den anden side havde den praktiserende læge heller ikke tillid til sagsbehandleren og stillede ligeledes store spørgsmålstejn ved deres kvalifikationer og faglige kompetencer:

"Deres uddannelse er kontormæssig, deres uddannelse består i at opfylde nogle paragraffer og få nogle papirer til at stemme

sammen med noget andet. Og få indhentet de nødvendige erklæringer, som sikrer at de opfylder de krav, der formelt er stillet til det her. Men ikke at bedømme den enkelte og slet ikke at forstå sygdomme... Og hvis det er, ja det lyder ikke pænt at sige, men hvis det er en eller anden kontoruddannet madamme, som sidder med klinisk ordbog ved siden af, så giver jeg jo ikke meget for det." (Praktiserende læge)

Modstridende paradigmer

En del af vaskelighederne ved at samarbejde kan også tilskrives de modsatrettede modeller eller paradigmer, som de to sektorer opererer inden for, når arbejdsevne versus funktionsevne skal vurderes. Sagsbehandleren arbejder først og fremmest i en kontekst, der er styret af en meget rigid lovgivning, som stiller krav om solid dokumentation for nedsat arbejdsevne som forudsætning for, at en borger er berettiget til forsørgelsesydelse. Samtidig ligger der i arbejdsevnebegrebet en implicit antagelse af, at sagsbehandleren skal arbejde som katalysator for at mobilisere borgerens iboende ressourcer med det formål at give borgeren mulighed for at anvende sine ressourcer i et lønnet arbejde frem for udelukkende passiv forsørgelse. Med Antonovsky's termer (Antonovsky 1987) kan denne tilgang betegnes som en salutogenetisk tilgang, der fokuserer på de mekanismer, der udvikler sundhed på trods af de belastninger, man udsættes for i livet. Modsætningen mellem de to paradigmer kommer tydeligt frem i dette citat:

" ... og det oplever jeg gang på gang, at de [praktiserende læger] oplever, at det symptom-billede, som borgeren kommer med, er lig med en forringelse af arbejdsevnen. Og det kan jeg godt forstå. De synes at være rimeligt medtagede. Men det lægger sig bare ikke op af arbejdsevne metoden og den måde, vi

vurderer arbejdsevnen på. ... I rigtig mange tilfælde mener de praktiserende læger, at der ikke er mere at gøre. Altså, at arbejdsevnen er betydeligt ophævet, hvor vi kan finde på at raskmelde dem. Så stor diskrepans er der simpelthen imellem vurderingerne.” (Sagsbehandler)

På den anden side er den praktiserende læges udgangspunkt en kontekst, der er styret af en patogenetisk tilgang med fokus på de sygdomme, der forhindrer borgeren i at varetage et arbejde (Antonovsky 1987). Det interessante er imidlertid at samtidig med dette patogenetiske udgangspunkt, så opererer de praktiserende læger parallelt med et meget mere holistisk sygdomsbegreb, der inkorporerer hele patientens livssituation. Og set fra sagsbehandlerens synsvinkel er det netop problematisk, at den praktiserende læge ikke begrænser sig til udelukkende at vurdere selve den medicinske tilstand hos patienten. Sagsbehandleren oplever, at den praktiserende læge er alt for styret af patientens egen forståelse, og at egen læge meget ofte fejlagtigt overvurderer behovet for hvile hos borgeren; som i dette eksempel:

”Og da får jeg bare at vide, at den har været forelagt sagsbehandlerens chef, og han synes ikke der er kød nok på den sag eller sådan noget lignende, og desuden vil pågældende, det er en pakistansk kvinde, hun vil have godt af at komme lidt ud. Og det er også rigtigt. Hvorefter man sender hende på kursus nummer 47 ik’. Og da måtte jeg slå i bordet og sige, hvad skal der til for, at I tager det her op som en pensionssag? Ja, så skal de jo insistere. Ved du hvad, der sidder to pakistanere. Manden er skizofren. Han forstår nogenlunde dansk. Konen forstår også noget dansk ... Hun, ja you name it, hvad hun fejler og det er meget. Og psykisk er hun trådt helt ud. Fire børn og en skizofren mand ik’.” (Praktiserende Læge)

Samtidig med, at sagsbehandlerne skal anvende arbejdsevnetoden og den salutogenetiske tilgang – det vil sige at fokusere på borgerens ressourcer – så er de i praksis meget mere styret af den kontekst, der benhårdt er defineret efter en lovgivning, der kræver dokumentation for manglende ressourcer og dokumentation for, at der foreligger uarbejdsdygtighed pga. sygdom. I de tilfælde, hvor revisionen efterfølgende afgør, at der ikke foreligger tilstrækkelig dokumentation for varig begrænsning af arbejdsevnen i forbindelse med tilkendelse af fx fleksjob, annulleres den statslige refusion til kommunen. I den kommunale praksis indebærer dette, at kravet om medicinsk dokumentation i meget høj grad kommer til at overskygge de 11 andre elementer i ressourceprofilen. Medicinske erklæringer, der dokumenterer nedsættelse af arbejdsevnen, er nøglen til forsørgelsesydelse. Hvis der ikke foreligger hårde medicinske beviser, er der ifølge sagsbehandlerne principielt ikke hjemmel i lovgivningen til tilkendelse af forsørgelsesydelse. Det er denne lovgivningsmæssige logik, der ofte kommer i konflikt med den virkelighed, som de praktiserende læger oplever.

Sammenfatning

Det første spørgsmål i denne undersøgelse adresserede barrierer for samarbejde. Studiet viste, at strukturelle og kulturelle parametre forhindrede et optimalt samarbejde i det tværsektorielle netværk omkring sygemeldte borgere. Mulighederne for samarbejde var begrænsede på grund af manglende tid, hyppig udskiftning i personalet blandt sagsbehandlerne og ringe tilgængelighed. Den ringe motivation for at samarbejde kunne forklares med lav status i socialmedicinsk arbejde, asymmetri i informationsudvekslingen og manglende tillid.

Undersøgelsens andet spørgsmål adresserede lægens og de medicinske diagnosers

rolle i beslutningsprocessen. Formålet med arbejdsevnetoden var at nedtone betydningen af de medicinske diagnoser og i stedet sætte borgerens ressourcer i fokus. Denne undersøgelse har vist, at de medicinske diagnoser fortsat spiller en helt afgørende rolle i beslutningsprocessen. En af årsagerne herfor kan tilskrives lovgivningen, idet berettigelse til sygedagpenge forudsætter, at der foreligger sygdom. Samtidig er kravene til solid dokumentation for de helbredsmæssige forhold skærpet, idet kommunerne bliver finansielt straffet, hvis helbredselementet ikke er tilstrækkeligt beskrevet og dokumenteret. I beslutningsprocessen er kommunerne blevet mindre afhængige af de bidrag, der kommer fra den praktiserende læger, idet sagsbehandlerne oplever, at mere troværdige vurderinger er opnåelige via eksterne specialister. Det er dog vigtigt at understrege, at selvom de praktiserende læger er blevet mere og mere løsrevet fra beslutningsprocessen, er der fortsat et konstant flow af erklæringer mellem den praktiserende læge og den kommunale sagsbehandler. Denne form for opgaveintegration kan betegnes sekventiel, forstået således, at interaktionen ophører, når den anmodede service er ydet, og borgeren så er henvist til den næste organisation for yderligere service – som på et samlebånd med meget lidt samspil og integration (Alter & Hage 1993). Interessenterne stødte på vanskeligheder i de mere komplicerede tilfælde, hvor der var behov for gensidig opgaveintegration. Rundbordssamtaler er et eksempel på gensidig opgaveintegration, men dette studie viste, at sådanne møder stort set ikke finder sted til trods for, at de er promoveret i lovgivningen.

Undersøgelsen er begrænset af kun at basere sig på ét casestudie, og resultaterne er derfor ikke umiddelbart generaliserbare. Mange tidligere studier har imidlertid vist et manglende samarbejde mellem interessenter

ter i socialektoren og sundhedssektoren, når det kommer til afklaring af sygemeldte borgere (Arrelov m.fl. 2007; Eriksson m.fl. 2008; Hultberg 2005). Denne undersøgelse bekræfter betydningen af disse faktorer. Derudover identificerede denne undersøgelse et antal barrierer for tværsektorielt samarbejde mellem socialektoren og sundhedssektoren, som ikke tidligere har været adresseret; det vedrører lovgivningsmæssige modsætninger, statslige refusionsregler og modstridende paradigmer.

Efter denne empiriske undersøgelse blev foretaget i 2008 har konsulentfirmaet DISCUS på foranledning af Arbejdsmarkedsstyrelsen foretaget en ganske omfattende evaluering af Jobcentrenes brug af arbejdsevnetoden. Denne evaluering bekræfter på flere områder denne undersøgelses fund. Således konkluderer evalueringen, at langt det overvejende fokus i praksis bliver på at dokumentere borgernes manglende arbejdsevne, trods intentionen om det modsatte, fordi ressourceprofilen netop er født som nøgle til en offentlig ydelse. I praksis har det vist sig, at de to formål med ressourceprofilen er uforenelige. Det er ikke lykkedes at bruge ressourceprofilen som et udviklingsværktøj til støtte for borgernes ressourcer, samtidig med at den evt. på et senere tidspunkt skal anvendes som kontrol af borgernes manglende ressourcer (Discus 2010).

Herværende undersøgelse har således identificeret et mangefacetteret sæt af barrierer for samarbejde i afklaringsforløbet vedrørende sygemeldte borgere, omfattende psykologiske faktorer som lav motivation og strukturelle faktorer som statslige styringsmekanismer i forhold til refusionsordninger. Disse resultater indikerer endnu engang, at implementering af forandringsprocesser ikke er så lige til. I en rapport fra 2008 foreslog OECD, at kommunerne skulle straffes økonomisk, hvis rundbordssamtaler ikke blev anvendt jævnligt (OECD

2008). Men frem for at tvinge interessenter til at samarbejde, kunne man i stedet med fordel fokusere på at forbedre mulighederne for at samarbejde og gøre noget aktivt ved de underliggende faktorer, der ligger til grund for den ringe tillid interessenterne og sektorerne imellem.

Konklusion

Artiklen har argumenteret for, at nullernes reformer af sygedagpengeloven og ændringer i tildelingen af sygedagpenge videreførte 1990'ernes aktivlinje med fokus på arbejdsmarkedsdeltagelse og tidlig tilbagevenden til arbejde. Aktivlinjen kan ses som en strategi for at begrænse medikaliseringen af borgernes sociale problemer. Frem for et ensidigt fokus på faktorer, der tillader borgeren at betragte sig som syg, har tankegangen været at give mere opmærksomhed til faktorer, der bidrager til at holde borgeren sund og rask. Lovgivningen udtrykker således på den ene side et meget holistisk syn på den sygemeldte borger, hvor netværk og sociale ressourcer inkluderes i vurderingerne. På den anden side stiller loven store krav til dokumentation for nedsat arbejdsevne. Hvilket har betydet, at den sygemeldte borger og den kommunale sagsbehandler gradvist er blevet underlagt stadig mere overvågning og kontrol.

Udgangspunktet for nullernes politiske fokus på sygefravær var en antagelse om at

sygefraværet var alarmerende højt og steget til et hidtil uset højt niveau. Artiklen har med udgangspunkt i en detaljeret gennemgang af samtlige tilgængelige historiske fraværstal argumenteret for, at sygefraværet har været overraskende stabilt de sidste 20-30 år, hvilket antyder at det daværende politiske fokus på sygefravær hvilede på et forkeret grundlag. I lyset af de talrige reformer af lovgivningen, der i tidens løb er blevet søsat med det formål at regulere adgangen til sygedagpenge, er den stabile trend i udviklingen i fraværet på det danske arbejdsmarked også ganske overraskende.

En central del af nullernes reformer af sygedagpengeloven var et øget fokus på at forkorte sagsbehandlingstiden og udredningsforløbet via en tættere koordinering aktørerne imellem – særligt koordineringen og samarbejdet mellem den kommunale sagsbehandler og den praktiserende læge er af afgørende betydning for den sygemeldte borgers forløb. Ved hjælp af et case studie har artiklen her undersøgt i hvor høj grad reformen er lykkedes med at etableret et bedre tværsektorielt samarbejde. Konklusioner er, at implementeringen af lovændringerne kun i et meget begrænset omfang har opfyldt de politiske målsætninger, idet det tværsektorielle samarbejde er hæmmet af et mangefacetteret sæt af barrierer omfattende såvel psykologisk faktorer som lav motivation og strukturelle faktorer som statslige styringsmekanismer.

NOTER

1 Denne artikel er en sammenskrivning af tre videnskabelige artikler, der dannede grundlag for en ph.d.-afhandling, der blev forsvaret på Københavns Universitet i 2009 (Johansen m.fl. 2007; 2009; 2011). Artiklerne har anvendt forskellige designs og dataanalyser. Det første studie er et dokumentstudie, der ana-

lyserer de underliggende forandringer over tid i tildelingen af sygedagpenge i Danmark. Baseret på tilgængelige sygefraværdata tester det andet studie validiteten af antagelsen om, at sygefravær er blevet et hyppigere forekommende fænomen i Danmark. Det tredje studie er et case studie, der fokuserer på, hvordan cen-

- trale elementer af sygedagpengeloven fra 2005 er blevet implementeret i praksis. Projektet er støttet af Arbejdsmiljøforskningsfonden.
- 2 Med lovændringen i 2009 blev der indført en ny form for lægeerklæring, en muligheds-erklæring, som arbejdsgiveren kan forlange at få fra en lønmodtager ved kortvarigt sy-

- gefravær. Det er tanken at arbejdsgiveren og medarbejderens udfylder første del af erklæringen på baggrund af en samtale om medarbejderens sygefravær. En såkaldt fri attest er også blevet indført sidenhen, hvor lægen attesterer at medarbejderen er syg.
- 3 Incidensrate = antal nye tilfælde/ risikotid.

REFERENCER

- Alexanderson, Kristina (1998): Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized, i *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26,4, 241-249.
- Alexanderson, K. & A. Norlund (2004): Sick-ness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, i *Scand J Public Health*, Supplement 63.
- Allegro, J.T. & T.J Veerman (1998): Sick-ness Absence, i P.J. D. Drenth, T. Henk & C.J. de Wolff (red.): *Handbook of Work and Organizational Psychology*, East Sussex, Psychology Press.
- Alter, Catherine & Jerold Hage (1993): *Organizations working together*, Newbury Park, Sage Publications.
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Arrelø, B. m.fl. (2007): Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons, i *BMC Public Health*, 7, 273-281.
- Axelsson, Runo & Susanna Bihari Axelsson (2007): *Public health in co-operation between professionals, organizations and sectors in society*, Lund, Studentlitteratur.
- Benavides, F.G. (2006): Ill health, social protection, labour relations, and sickness absence, i *Occupational Environmental Medicine*, 63, 4, 228-229.
- Beskæftigelsesministeriet (2003): *Det gør vi med sygefraværet. Regeringens handlingsplan*. Beskæftigelsesministeriet.
- Discus (2010): *Evaluering af Arbejdsevne-metoden*.
- Eriksson, U.B. m.fl. (2008): Falling between two stools; how a weak co-operation between the social security and the unemployment agencies obstructs rehabilitation of unemployed sick-listed persons, i *Disability and Rehabilitation*, 30, 569-576.
- Geurts, S., M. Kompier & R. Gründemann (2000): Curing the Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands, i *International Social Security Review*, 53, 4, 79-103.
- Hultberg, E. L. (2005): *Co-financed collaboration between welfare services. Effects on staff and patients with musculoskeletal disorders*, Göteborg, Göteborg University.
- Johansen, Kristina m.fl. (2007): Controlling sickness absence. A study of changes in the Danish sickness absence legislation since 1973, i *Health Policy*, 86, 1, 109-118.
- Johansen, Kristina, Kirstine Bihmann & Elsebeth Lynge (2009): Trends in sickness absence in Denmark, i *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 35, 5, 334-41.
- Johansen, Kristina m.fl. (2011): Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality, i *Journal of Interprofessional Care*, 1, 59-65.
- Kvale, Steiner (2008): *Interviews – an introduction. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, California, SAGE Publications.
- Lov nr. 396 1/6 (2005): *Lov om ændring af lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel. En styrket sygefraværsindsats med ny visitation og opfølg-*

- ning i sygedagpengesager m.v.*
- Malterud, Kirstine (1998): *Qualitative methods in medical research*, Lund, Studentlitteratur.
- Norwegian Labour and Welfare Organisation (2005): *IA Agreement*. Norwegian Labour and Welfare Organisation.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008): *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*, vols. 1-3, Paris, OECD.
- Petersen, Jørn Henrik (2012): *Velfærdsstatens storhedstid*, Dansk velfærdshistorie bd. 4, Odense, University Press of Southern Denmark.
- Stone, Deborah A (1984): *The disabled state*, Philadelphia, Temple University Press.
- van Dijk, F.J. & R. Prins (1995): Occupational health care and work incapacity: recent developments in The Netherlands, i *Occupational Medicine*, 45, 3, 159-166.
- Yin, R.K. (2003): *Case Study Research. Design and Methods*, London, Sage Publications.

Kristina Johansen, specialkonsulent, ph.d., Region Hovedstaden
e-mail: Kristina.Johansen@regionh.dk

Sigurd Mikkelsen, overlæge, Arbejdsmedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital
e-mail: Sigurd.Mikkelsen01@regionh.dk

John Sahl Andersen, praktiserende læge, lektor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
e-mail: sal@sund.ku.dk

Elsebeth Lyng, professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
e-mail: elsebeth@sund.ku.dk