



DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER
FOR ARBEJDSMILJØ



PhD afhandling

Malene Friis Andersen

Sygemeldte med Common Mental Disorders

En kvalitativ analyse af Tilbagevenden Til Arbejdet-processen samt
working mechanisms i Det store TTA-Projekt

Academic advisor: Simo Køppe

Submitted: 26/08/2014

Institutnavn: Institut for Psykologi
Name of department: Department of Psychology
Author: Malene Friis Andersen

Titel:

Sygemeldte med Common Mental Disorders ó En kvalitativ analyse af Tilbagevenden Til Arbejdet-processen samt working mechanisms i Det store TTA-projekt

Title:

Sick-listed employees with Common Mental Disorders ó A qualitative analysis of the Return-To-Work process and the working mechanisms in the Danish RTW-project

Academic advisor:

Karina Nielsen, PhD. Professor of Work and Organisational Psychology, Norwich Business, University of East Anglia, UK.

Svend Brinkmann, PhD. Professor, Institut for kommunikation og psykologi, Aalborg Universitet.

Simo K ppe, Professor, dr.med. Institut for Psykologi, Københavns Universitet

ISBN: 978-87-7611-836-5

Bedes citeret: Malene Friis Andersen 2014  Sygemeldte med Common Mental Disorders   En kvalitativ analyse af Tilbagevenden Til Arbejdet-processen samt working mechanisms i Det store TTA-projekt , Institut for Psykologi. KU.

*Denne Ph.d.-afhandling er dedikeret til
Mette Teilmann Nielsen
12.04.1979–17.01.2014.*

Min kære, kære veninde. Savnet. Altid.

At sætte sit liv på spil. At bringe sit eget liv i fare for noget, der er større. Du brugte dit liv som indsats for, at andre kan leve deres liv i en bedre verden. Det var det, du gjorde, Mette. I min egen uvidenhed har jeg ikke før fattet, hvor ufatteligt kærligt, det er.

Tak

Tak til Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) for at have troet på mig og givet mig muligheden for at udarbejde denne afhandling. Tak til mine gode nuværende og tidligere kollegaer på NFA for at gøre arbejdsdagen sjov, alsidig og lærerig.

Skæbnen har villet, at jeg har været igennem nogle vejlederskift undervejs. Allerførst tak til de tre vejledere, som har ført mig og afhandlingen til dørs: Karina Nielsen, du har været en eminent og konstruktiv vejleder. Jeg har sat stort pris på din ærlighed og for altid at forvente mere af mig. Tak for at du gavmildt har delt ud af din store viden og erfaring. Tak til Svend Brinkmann. Din store viden om kvalitativ metode har beriget mit projekt og din altid velkomne, positive og pragmatiske tilgang har fået min proces til at glide. Tak til Simo Køppe for at have indtrådt som fuldt engageret vejleder trods det at have arvet mig meget sent i mit ph.d.-forløb. Stort tak for din tid, din lune og din enorme teoretiske viden. Tak til Karen Albertsen, som var min første vejleder. Livet ville, at du skiftede til et nyt og spændende arbejde, men du skal have stort tak for dit engagement, din ro og faglige integritet. Tak til Gretty Mirdal for at stillet vigtige spørgsmål til projektets formål og for at have respekteret mit fokus i afhandlingen, inden du skiftede arbejdsplads til Paris.

Tak til Nadja U. Prætorius for med sin klarhed, sit mod og sin visdom at berige mig på utallige planer. Før, nu og i fremtiden. Tak for at have på superviseret mig under mit ph.d.-forløb med den bedst tænkelige faglige og menneskelige tilgang.

Tak til min kæreste kæreste Michael Stig Hansen for at insistere på, at det, jeg laver, er vigtigt og relevant. Det har givet mig en enorm motivation og vedholdenhed, at et så klogt menneske som dig har bakket mig op både med ord og ved at give mig tiden. Tak til vores to fantastiske børn Magda og Skjold, som begge er kommet til verden under dette ph.d.-forløb. Tak for at I med jeres grin, leg, rod, fantasi og bleer altid har insisteret på nærvær og tilstedeværelse her-og-nu. Fordi det nu engang er det eneste sted, som livet reelt finder sted.

Tak til mine venner og veninder for jeres interesse i mit arbejde. Tak for jeres støtte og stolthed når det er gået godt, og tak for at I har været frustreret og forstående sammen med mig, når det er gået mindre godt. Også selv om nogle af jer mener, at det snart må være tid til, at jeg får et rigtigt arbejde igen 😊.

Tak til mine forældre og svigerforældre. Et stort tak til jer for at være der for vores lille familie og elske og hjælpe med vores børn. Det er en uvurderlig støtte at vide, at I kan og vil træde til. Det har gjort vores liv godt og trygt. Tak til min storebror for at møde mit projekt gennem en enorm viden om filosofi og derigennem sætte præcisering i forgrunden.

Afslutningsvis skal der lyde uendelig mange tak til de sygemeldte, som har deltaget i de mange interviews. Tak for den enorme åbenhed, tillid, alvor, nysgerrighed og refleksion, som I har mødt mig med. I har lært mig uendelig meget, og det har været en rørende oplevelse at blive inviteret indenfor på et så sårbart tidspunkt i jeres liv.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	7
2. Afhandlingens opbygning.....	9
3. Baggrundsafsnit	10
3.1 CMD-relateret sygefravær er en stigende udfordring	10
3.2 TTA er en kompleks og multifaktoriel proces	11
3.3 Effekt af TTA-interventioner for sygemeldte med CMD.....	13
3.3.1 TTA-interventioner er en sort boks	14
4. Det store TTA-projekt.....	17
4.1 Hovedkonklusioner for evalueringsrapporten for TTA-projektet	18
5. Forskningsspørgsmål og afhandlingens artikler.	20
5. 1 Afhandlingens tre artikler	21
5.1.1 Artikel 1.....	21
5.1.2 Artikel 2.....	23
5.1.3 Artikel 3.....	24
6. Metode.....	26
6.1 Interpretative Phenomenological Analysis.....	26
6.1.1 IPA og fænomenologien	26
6.1.2 De seks trin som blev til tre	28
6.2 Dataindsamling	29
6.2.1 Rekruttering	30
6.2.2 Fra to til tre interviews	31
6.2.3 Interviewguides.....	31
6.2.4 Interviewteknik	32
6.3 Ethiske overvejelser	34
6.3.1 Terapeutiske teknikker – manipulation eller nænsomhed?	35
6.3.2 Når epistemisk og etisk godhed kolliderer	35
7. Videnskabsteoretiske forudsætninger: Videnskabelige metoder og kausalitetsforståelser	37
7.1 Positivism og kausalitet – kausalitet i den kvantitative metode.....	38
7.2 Hermeneutik og kausalitet – kausalitet i den kvalitative metode?	39
7.3 Kritisk realisme – transformation af kausalitet.....	40
7.3.1 Kritisk realisme og kvalitativ metode	41
8. Diskussion af resultater.....	43

8.1	Fra instrumentel til eksistentiel logik i TTA-indsatser	44
8.1.1	Praktisering af en individuel tilgang på trods?	46
8.2	Yderligere implikationer af TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces	48
8.3	Det frie men ansvarlige individ	50
8.3.1	Det frie men ansvarlige sygemeldte individ.....	51
8.4	At være unik og ens – modsætningsfuldt eller meningsfuldt behov?	53
8.5	Afsluttende refleksion. At være eller ikke være et evalueringsprojekt er spørgsmålet. Eller er det? ...	55
9.	Diskussion af metode	57
9.1	IPA – en relevant men utilstrækkelig metode	57
9.2	Reliabilitet og validitet.....	60
9.2.1	Rekrutteringsstrategi.....	60
9.2.2	Longitudinelt forskningsdesign	61
9.2.3	Analysestrategi.....	62
9.3	Repræsentativitet	63
9.4	Generalisering.....	64
10.	Konklusion og perspektivering	67
10.1	Perspektivering til anden forskning	67
10.2	Perspektivering til fremtidige TTA-indsatser	69
11.	Litteraturliste	71
12.	Resume på dansk og engelsk.....	83
	Dansk resume	83
	English abstract.....	85
13.	Bilag.....	87
14.	Appendix.....	88

1. Indledning

Inden jeg bevægede mig ind i forskningsverdenen, arbejdede jeg først som organisationspsykolog med særligt fokus på lederens rolle i forebyggelse og håndtering af stressrelaterede helbredsproblemer på arbejdspladsen. Efterfølgende arbejdede jeg som klinisk psykolog terapeutisk med stressrehabiliteringsforløb af sygemeldte medarbejdere eller medarbejdere i risiko for sygemelding. Ofte var jeg i kontakt med den sygemeldtes sagsbehandler på kommunen samt den sygemeldtes arbejdsplads, hvis en sådan fandtes. Selvom perspektivet overordnet var forskelligt i de to jobs ó arbejdsgiverens perspektiv som organisationspsykolog og arbejdstagerens perspektiv som klinisk psykolog ó var det gældende for begge typer job, at mennesket var i centrum, og ud af hvert unikt menneske udsprang en unik kontekst med unikke muligheder, begrænsninger, oplevelser og vanskeligheder. Men jo flere eksempler jeg så, desto mere begyndte en opmærksomhed på mulige mønstre, mulige fælles årsager, fælles løsninger og udfordringer at træde frem. Jeg blev i stigende grad interesseret i at undersøge mentale helbredsproblemer nærmere og i at opnå en øget forståelse af, hvordan de opstår, hvordan de opleves, hvordan et sygefravær udvikler sig, og hvordan tilbagevenden til arbejdet (TTA) kan forstås samt håndteres.

Muligheden for at skifte fra praksis til forskning med fokus på tilsyneladende samme genstand(e) opstod i 2008, hvor Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) stod over for, at skulle igangsætte og udvikle et omfattende TTA-projekt samt udarbejde öHvidbog om mentalt helbred, arbejdsevne, sygefravær og tilbagevenden til arbejdetö [1].

Jeg var naturligvis forberedt på, at de mennesker, jeg tidligere havde siddet over for i det terapeutiske rum eller stået over for som undervisende organisationspsykolog, ville blive skiftet ud med tekster, sætninger, ord og tegn. Men alligevel blev jeg overrasket over, hvor fraværende mennesket var i mange forskningsstudier og óartikler om sygefravær og TTA.

De mennesker, som sygefraværs- og TTA-forskningen grundlæggende søger at generere viden om, er ofte oversat til grafer, lagkagediagrammer, tal, korrelationer og p-værdier. Dette hænger blandt andet sammen med, at forskningen i sygefravær og TTA hovedsageligt er baseret på kvantitative og epidemiologiske metoder. Denne forskningstradition har bibragt os central og afgørende viden om overordnede og generelle fremmende og hæmmende faktorer for TTA samt TTA-interventioners effekt. Men denne forskningstraditions fokus på det overordnede, det gennemsnitlige og korrelationer mellem abstrakte variable har som bagside, at det konkrete og materielle menneske mistes eller sløres.

Min motivation for at påbegynde et ph.d.-forløb var et ønske om at genintroducere subjektet med mentale helbredsproblemer i TTA-forskningen og give plads til den proces, de erfaringer, oplevelser, følelser, tanker og handlinger, som sygemeldte med mentale helbredsproblemer gennemgår, når de bevæger sig fra at være i arbejde til at være langtidssygefraværende til igen ó måske ó at vende tilbage til arbejdet. Implementeringen af TTA-projektet i 22 kommuner gav mig mulighed for at undersøge sygemeldte med Common Mental Disorders (CMD) (præciseres i nedenstående) og deres oplevelse af et CMD-relateret sygefravær samt deres oplevelse af at deltage i TTA-projektets TTA-indsats.

De overordnede forskningsspørgsmål, som jeg bevæger mig omkring, kan præciseres som:

Hvad vil det sige at have udviklet og være sygemeldt med CMD? Hvilke udfordringer og muligheder oplever sygemeldte i deres TTA-proces og deltagelse i TTA-projektet? Kan vi på baggrund af denne viden øge vores forståelse af working mechanisms¹ i TTA-projektet²?

¹ Jeg har i sammenfatningen valgt at anvende ordet *working mechanisms* i overensstemmelse med artikel 2 [2], da jeg ikke har kunnet finde et præcist og dækkende dansk ord for helt det samme.

² Jeg anvender betegnelsen *TTA-projekt* om selve TTA-projektets TTA-indsats for 1) at tydeliggøre at det er TTA-indsatsen i Det store TTA-projekt, jeg henviser til, 2) For at lette læsningen og ikke hver gang skrive *TTA-projektets TTA-indsats*.

2. Afhandlingens opbygning

Kapitel 3 præsenterer central forskningslitteratur inden for TTA, sygefravær og CMD. Derigennem præciseres det forskningsfelt, som afhandlingen placerer sig i. Kapitel 4 introducerer Det store TTA-projekt og forskningsprojektets indlejring i dette, og der redegøres kort for indholdet i TTA-interventionen samt resultater fra effekt- og procesevalueringen. Kapitel 5 uddyber afhandlingens forskningsspørgsmål og afhandlingens tre artikler præsenteres. I kapitel 6 uddybes de forskellige faser i forskningsprocessen, og der redegøres for etiske udfordringer knyttet til forskningsprojektet. Kapitel 7 positionerer afhandlingen videnskabsteoretisk med særligt fokus på kausalitetsaspektet. Kapitel 8 diskuterer de tre artikler samlet, og resultaterne sættes i relation til studier og teorier inden for og uden for forskningsfeltet. Kapitel 9 kaster et kritisk blik på den anvendte metode og resultaterne diskuteres i forhold til en række kvalitetskriterier. Kapitel 10 konkluderer på resultaterne, og der perspektiveres til fremtidig forskning og TTA-indsatser.

3. Baggrundsafsnit

Jeg vil i dette kapitel give en kort oversigt over den eksisterende forskning i CMD-relateret sygefravær og TTA. Indledningsvis vil jeg i afsnittet om CMD-relateret sygefravær er en stigende udfordring præcisere omfanget af problematikken, hvorefter jeg i afsnittet om TTA er en kompleks og multifaktoriel proces beskriver de faktorer, som har betydning for udfaldet af et sygefravær. Der har i de seneste år vist sig en stigende interesse i TTA-indsatser for sygemeldte med CMD, og der er publiceret en række studier om indsatsernes effekt. Jeg sammenfatter denne viden i afsnittet om Effekt af TTA-interventioner for sygemeldte med CMD, hvorefter jeg afslutningsvis i kapitlet identificerer blinde pletter i den eksisterende forskning.

3.1 CMD-relateret sygefravær er en stigende udfordring

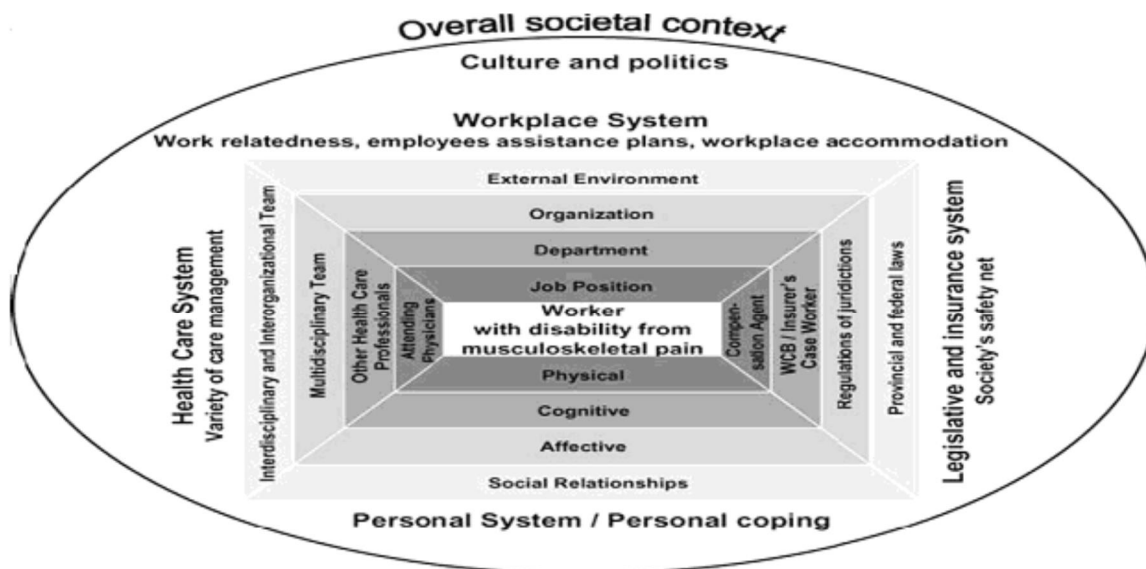
Langvarigt sygefravær forårsaget af CMD (CMD dækker tilstande som depression, angst, stress, stressrelaterede lidelser, tilpasningsreaktion) [3-6] er et stigende problem i flere lande [7-11]. Langvarigt sygefravær er en central risikofaktor for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet [12]. Forskningen viser, at kun 50 % af dem, der er væk fra arbejdet i mere end seks måneder på grund af dårligt mentalt helbred kommer tilbage til arbejdet [13], og flere studier har identificeret en stærk korrelation mellem depression og førtidspension [10, 14-16]. Undersøgelser peger ligeledes på en øget forekomst af stress [17] samt en sammenhæng mellem stress og øget risiko for sygefravær [18]. CMD-relateret sygefravær og tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet er en omfattende økonomisk udgift for samfundet og de enkelte virksomheder [1], og for individet har det også en række negative konsekvenser ud over de økonomiske, da arbejdet er forbundet med identitet, helbred og generel trivsel [19].

CMD hører ikke til de mest alvorlige psykiatriske lidelser som fx skizofreni, psykotiske tilstande, bipolarlidelse etc. Alligevel mener jeg, det er særligt relevant at fokusere på netop denne gruppe af mentale helbredsproblemer i arbejdsrelaterede sammenhænge, da prævalensen af CMD er højere og bidrager mere til stigningen i sygefravær end de alvorligere psykiatriske lidelser [9]. Dette fordi personer med CMD i højere grad er i arbejdsstyrken. Det er derfor nødvendigt, at vi øger vores viden om sygemeldte med CMD og deres udfordringer og muligheder i relation til TTA. I næste afsnit vil jeg redegøre for de faktorer og forhold, som influerer på den sygemeldtes TTA-forløb.

3.2 TTA er en kompleks og multifaktoriel proces

Kvantitative studier viser, at helbredsproblemets medicinske alvorlighed, arbejdsrelaterede faktorer, personlige faktorer, kompensationssystemet og ólovgivning samt sundhedssystemets strukturering har betydning for udfaldet af et sygefravær i forhold til tilbagevenden til arbejdet eller tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet [13, 20-25]. Studier af sygemeldte med CMD viser, at høje krav, reorganisering på arbejdspladsen, arbejdsskade og lav arbejdstilfredshed forlænger sygefraværet, mens tillid til arbejdspladsen reducerer det [13, 20, 26, 27]. For sygemeldte med CMD er personlige faktorer betydning for TTA hovedsageligt undersøgt i relation til demografiske variabler (alder, køn samt uddannelsesnivea), men resultaterne er endnu modstridende [13, 24, 28-30]. Derimod har flere studier identificeret en tilsyneladende sammenhæng mellem self-efficacy (den tiltro et individ har til sine evner til at udføre specifikke handlinger succesfuldt) og TTA-tidspunkt [5, 31, 32].

Størstedelen af TTA-forskningen er foretaget med fokus på Muskel-Skelet Besvær (MSB) [13], hvorfor en række af de centrale modeller for vores forståelse af TTA er baseret på forskning i somatiske helbredsproblemer. Særligt udbredt er Loisel's konceptuelle model om TTA og de systemer, der har betydning for håndteringen og udfaldet af et sygefraværsforløb:



Figur 1: Loisel's konceptuelle model for TTA og centrale systemer

Som modellen viser, har fire centrale systemer betydning for TTA: 1) Det personlige system/personlig coping, 2) Lovgivnings- og forsikringssystemet³, 3) Sundhedssystemet og 4) Arbejdspladssystemet. Ifølge Loisel er manglende koordinering og samarbejde mellem de forskellige systemer ofte med til at vanskeliggøre TTA [33, 34].

Parallelt med at TTA i stigende grad betragtes som afhængig af komplekse betingelser og faktorer, er forskere såvel som TTA-praktikere i stigende grad begyndt at forstå TTA ud fra en *biopsykosocial* sygdomsforståelse [35-37]. Sygdom er indtil for nyligt i vesten overvejende blevet forstået ud fra en *biomedicinsk* optik, som tilskrives oplysningstidens videnskabelige revolution, som lå i forlængelse af Descartes adskillelse af psyke og soma. Denne adskillelse betød, at sygdom blev set som tilhørende kroppen, og kroppen blev anskuet som en maskine, der kunne analyseres og behandles uafhængigt af psyken [38]. Årsager samt helbredelse blev set som relativt uafhængig af psykiske og sociale forhold. Den biomedicinske forståelse er i nyere tid blevet kritiseret for ikke at se personen i sin helhed og medtænke psykologiske og sociale forhold. I 1977 fremfører Engel [39] den biopsykosociale model og argumenterer for, at den menneskelige organisme er et komplekst system, hvorfor sygdom afhænger af såvel biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som gensidigt påvirker hinanden. Deraf følger, at individet ikke længere blot er et passivt offer for udefrakommende forhold og betingelser. Individet etableres som et aktivt subjekt, der gennem sine tanker, emotioner og handlinger kan forebygge udviklingen af sygdom og minimere konsekvenserne af sygdom. Når TTA anskues i den biopsykosociale frem for den biomedicinske referenceramme, placeres TTA i et spændingsfelt mellem biologi, psykologi, sociale forhold og systemiske betingelser.

Mange TTA-indsatser tager eksplicit eller implicit udgangspunkt i den biopsykosociale referenceramme. Jeg vil i næste afsnit beskæftige mig med effekten af gennemførte TTA-indsatser for sygemeldte med CMD, og jeg vil udfolde nogle centrale begrænsninger i de anvendte evalueringsdesign.

³ I relation til dansk kontekst peger forskningen på, at *öflexicurity*-modellen^ö har betydning for TTA på tværs af diagnoser. Medarbejdere med nedsat helbred i Danmark har relativt større risiko for at blive afskediget sammenlignet med medarbejdere i andre lande ó men de har også relativt nemmere ved at genindtræde på arbejdsmarkedet fra ledighed [23, 25].

3.3 Effekt af TTA-interventioner for sygemeldte med CMD

Stigningen i forekomsten af CMD-relateret langvarigt sygefravær har medført en øget interesse i udvikling og evaluering af TTA-interventioner for sygemeldte med CMD. Der er for nyligt publiceret tre reviews om effekten af TTA-interventioner for sygemeldte med CMD [40-42], som der redegøres mere detaljeret for i artikel 2. Her skal det fremhæves, at de tre reviews indikerer, at TTA-interventioner målrettet sygemeldte med CMD har ingen eller begrænset effekt i forhold til at fremme fuld TTA. En omfattende svensk forskningsrapport konkluderer ligeledes, at der ikke er noget entydigt svar på effektive interventioner i forhold til at fremme TTA for sygemeldte med CMD [43]. I *öHvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdet* [1], konkluderer mine medforfattere og jeg på baggrund af et narrativt review, at der er indikation for, at TTA-indsatser, der både adresserer personlighedsrelaterede faktorer samt arbejdsrelaterede faktorer på selve arbejdspladsen, reducerer sygefraværperioden.

De tre reviews og Hvidbogen har inkluderet studier der anvender forskningsdesignet Controlled Trial (CT) eller Randomized Controlled Trial (RCT), men har ikke identificeret kvalificerede studier gennemført i Danmark. Der er efterfølgende publiceret resultater fra et kvasi-RCT studie af en dansk TTA-indsats målrettet sygemeldte med CMD. Interventionen er inspireret af TTA-indsatser målrettet muskelskeletbesvær og består af en tværfaglig, koordineret og skræddersyet tilgang til den sygemeldte. Resultaterne viser, at sygemeldte, som modtog TTA-indsatsen, fik forlænget deres sygefravær sammenlignet med sygemeldte, som modtog care as usual [44]. Et andet evalueringsstudie, også publiceret efter Hvidbogen og de tre reviews, viser, at de sygemeldte med CMD, der modtager TTA-indsatsen får forlænget deres sygefravær med 56 dage sammenlignet med sygemeldte, der modtager care as usual [6].

Fælles for Hvidbogens gennemgang af TTA-interventioner og de tre reviews er, at de inkluderede studier stort set kun evaluerer TTA-indsatsen ved hjælp af kvantitativ metode med fokus på interventionens effekt, som typisk er relativt snævert defineret som sygefravær og symptomniveau. Gennemføres der en procesevaluering af en TTA-indsats er denne også kvantitativ og fokuserer overvejende på implementeringsgraden af TTA-interventionen og kun meget begrænset på deltagernes oplevelse af interventionen, eller hvilke interventionskomponenter der er virksomme [6, 45, 46]. Således ved vi kun meget lidt om, hvordan sygemeldte oplever indsatserne, og hvordan indsatserne egentlig virker ó eller ikke virker - i forhold til at nedbringe sygefraværet. En enkelt undtagelse er en grundig

procesevaluering af Arends et al.(2013), som viser, at to interventionskomponenter i en indsats leveret af arbejdsmedicinere reducerer risikoen for gensygemelding blandt medarbejdere med CMD (1. opgørelse over behov og mulighed for hjælp, 2. samtale om hvordan mulighederne kan realiseres på arbejdet), mens en interventionskomponent øger risikoen (opgørelse over barrierer eller muligheder) [4].

3.3.1 TTA-interventioner er en sort boks

Præferencen for kvantitativt at undersøge om TTA-indsatser virker, har som konsekvens, at indsatserne, med *Realistisk evaluering*s begreb, kan betegnes som en *sort boks* [47, 48]: Vi har kun sparsom viden om, *hvordan og hvorfor* TTA-indsatserne virker. Blandt evalueringsforskere er der en stigende erkendelse af, at det ikke er tilstrækkeligt blot at udføre klassiske effektstudier af interventioner [48, 49]. For at kunne forstå ó og dermed forbedre ó indsatser må vi have indsigt i *öwhy a program works for whom and in what circumstancesö* [47]. Realistisk evaluering, som det netop refererede citat stammer fra, udpeger tre centrale områder, som en evaluering må undersøge og analysere: Context, Mechanism and Outcome (CMO-konfigurationen), og de tre parametre indgår i følgende ligning: context + mechanism = outcome [48]. Stadig flere evalueringsforskere orienterer sig mod kausale mekanismer (hvad jeg i afhandlingens sammenfatning og artikel 2 betegner som *working mechanisms*) i deres undersøgelse af en given interventions sorte boks [49]. For at kunne forklare, hvordan og hvorfor en given indsats virker, er det nødvendigt at identificere og forstå kausale mekanismer i indsatsen [47, 49]:

öidentifying mechanisms that link cause and effect relations is crucial for the development of deeper and more fine-grained explanations of social phenomena.ö[49]

Forskningen peger som nævnt på, at TTA-indsatser for sygemeldte med CMD har ingen eller begrænset effekt. De manglende positive resultater kan indikere, at effektevalueringerne ikke har bibragt os en detaljeret forståelse af TTA-interventioners *working mechanisms*. B. Järholm (2012) formulerer det i *Editorial* i selvsamme issue, som en af mine artikler [50] er publiceret i:

öThere is a need to develop effective methodologies for evaluation of RTW. Just copying the corresponding methodologies for pharmaceutical drugs is not enough. Studying adverse effects and contextual factors and understanding mechanisms are often a greater challenge in RTW studies over and above difficulties relating to blinding and randomization.ö [51]

Det er relevant at gennemføre traditionelle effektstudier af TTA-indsatser for at give os et overordnet billede af, om indsatserne virker på prædefinerede outcomes. Men hvis vi ønsker at forbedre fremtidige TTA-indsatser for sygemeldte, må vi forstå ordet övirkeö bredere. Vi må forstå, hvorfor og hvordan en TTA-indsats virker.

Det er tid til, at vi får en dybere forståelse af de sygemeldte og deres TTA-proces, som vi gennem TTA-indsatser søger at flytte fra A (sygefravær) til B (arbejde). Det er tid til, at vi begynder at åbne den sorte boks og afdække working mechanisms i TTA-indsatser for sygemeldte med CMD. For at lykkes med disse mål, må vi supplere de kvantitative effektstudier med eksplorative kvalitative studier

Opsamling på eksisterende forskning og blinde pletter i denne

Den nuværende forskning peger således på, at

- CMD og CMD-relateret sygefravær er et stigende problem for såvel det enkelte individ, arbejdspladser og samfundet som helhed.
- TTA-interventioner for sygemeldte med CMD har en begrænset effekt på reduktion af sygefravær.
- TTA- og sygefravær-forskningen er præget af kvantitativ metode, hvorfor vi på nuværende tidspunkt ved mere om gennemsnitsmennesket end det konkrete menneske.
- Man har sparsom viden om sygemeldte med CMD's oplevelse af at være sygemeldt med CMD samt begrænset viden om deres oplevelse af at deltage i en TTA-intervention
- Man har begrænset viden om potentielle working mechanisms i TTA-interventioner.

Det store TTA-projekt (efterfølgende refereret til som TTA-projekt) danner rammen for mit forskningsprojekt. Jeg vil i det følgende kapitel beskrive TTA-projektet og præsentere de overordnede konklusioner fra effekt- og procesevalueringen.

4. Det store TTA-projekt

TTA-projektet er på alle måder omfangsrigt og komplekst, hvad gælder såvel interventionen og deltagerne som evalueringen, politiske interesser etc. Jeg vil derfor i dette afsnit kun præsentere ganske få pointer fra såvel udviklingen, gennemførelsen og evalueringen af projektet. For yderligere informationer henvises til denne afhandlings artikel 2, designartikel af Aust et al. (2012) [52] og den omfattende evalueringsrapport af Winzor et al. (2012) [53] samt to evalueringsartikler [54, 55].

TTA-projekt udspringer af en trepartsaftale mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter indgået i 2008. Et af punkterne i aftalen var, at der skulle gennemføres et større TTA-forsøg. TTA-projektet blev finansieret af Forebyggelsesfonden med 32 millioner euro og Beskæftigelsesministeriet bidrog med 4,3 millioner euro til udvikling og evaluering af projektet [55]. NFA havde til opgave at udvikle og evaluere projektet i samarbejde med et fagligt rådgivningspanel og en evalueringsfølgegruppe [53].

Hensigten med TTA-projektet var overordnet at afprøve, om det var muligt at etablere en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats med udgangspunkt i den biopsykosociale forståelsesramme målrettet en bred gruppe af sygemeldte med såvel fysiske som psykiske helbredsproblemer. Indsatsen skulle indlejres i jobcentrenes sagsbehandling af sygedagpengesager og var underlagt den eksisterende lovgivningsramme⁴.

De deltagende kommuner etablerede som minimum en tværfaglig enhed bestående af TTA-koordinatorer (kommunal sygedagpenge sagsbehandler), TTA-team (psykolog og fysio/ergoterapeut) og en klinisk enhed (psykiater og arbejds- eller socialmediciner) (fremover refererer jeg til dem samlet som TTA-aktører). Det var ikke frivilligt for den sygemeldte at deltage i TTA-projektet. Ifølge loven skal sygemeldte deltage i TTA-projektet og dets aktiviteter, hvis det

⁴ "Sygedagpengeområdet administreres i Danmark af kommunerne. Kommunerne spiller en stor rolle, fordi det er dem, der udbetaler sygedagpenge til den sygemeldte eller som refusion til en arbejdsgiver for en del af den løn, som arbejdsgiverne udbetaler til deres sygemeldte medarbejder. Sygedagpenge er en tidsbegrænset offentlig ydelse, som gives til borgere, der bliver helt eller delvist uarbejdsdygtige. Alle lønmodtagere har ret til sygedagpenge, såfremt nogle nærmere bestemte krav, herunder krav til tidligere beskæftigelse, er opfyldt. Hvis arbejdsgiveren udbetaler løn under sygdom, kan arbejdsgiveren som udgangspunkt først efter tre uger (efter seneste lovændring, der trådte i kraft i januar 2012 er dette nu 30 dage) modtage sygedagpengerefusion fra kommunen. Ledige har ret til sygedagpenge, hvis de modtager dagpenge fra en A-kasse. Sygedagpenge kan som hovedregel højst udbetales i 52 uger inden for de seneste 18 måneder. Udbetaling af sygedagpengene kan dog undtagelsesvis forlænges ud over de 52 uger. Kommunen standser udbetalingen af sygedagpenge, når det i jobcenteret vurderes, at sygemeldte er arbejdsdygtig uanset om den sygemeldte raskmelder sig eller ej." [53]

vurderes af kommunen, at det vil øge muligheden for TTA. Ellers kan den sygemeldte blive frataget sygedagpenge.

En af grundpræmisserne i TTA-projektet var, at indsatsen skulle tilpasses den enkelte sygemeldtes behov og problemstillinger, og dette blev søgt opnået gennem tre strategier: 1) en op til 3-ugers uddannelse af TTA-aktører, 2) indførelsen af standardiserede afklaringssamtaler og andre TTA-redskaber, samt 3) tværfaglig håndtering af sygefraværssager [52, 53]. Jeg vil henvise til tidligere nævnte referencer for nærmere beskrivelse af interventionskomponenter i TTA-projektet.

4.1 Hovedkonklusioner for evalueringsrapporten for TTA-projektet

NFA har udført effekt-, proces- og økonomisk evaluering af TTA-projekt i samarbejde med en faglig evalueringsskolegruppe. Effekt-evalueringen viser, at TTA-projektet på tværs af de deltagende kommuner ikke har nedbragt sygefraværet på tværs af diagnoser og ser man specifikt på de mentale helbredsproblemer, er resultatet det samme. TTA-projektet har ej heller signifikant effekt på forbedringen af helbredsvariable, søvn og arbejdsevne sammenlignet med care as usual [53, 56]. Procesevalueringen peger på, at det er muligt ó men kompliceret ó at implementere TTA-projektet i kommunerne. På baggrund af procesevalueringen er der foretaget en kategorisering af kommunerne efter, hvor godt de har implementeret TTA-projektet, og ud fra analyser med udgangspunkt i denne kategorisering, er der tendens til, at jo bedre kommuner har implementeret det omfattende projekt, desto større sandsynlighed er der for positive resultater i forhold til at nedbringe sygefraværet [53].

Der blev udsendt et opfølgningsspørgeskema til sygemeldte i indsats- og kontrolgruppen seks måneder efter randomiseringen. I det opfølgende spørgeskema er der blandt andet stillet fem spørgsmål til de sygemeldtes oplevelse af indsatsen: 1. Hvordan synes du, at jobcentret har arbejdet sammen med andre faggrupper? 2. Hvordan har du oplevet jobcentrets samarbejde med din arbejdsplads? 3. I hvor høj grad er du blevet involveret i jobcentrets behandling af din sag? 4. I hvor høj grad har det virket som om, behandlingen af din sygedagpengesag i perioder er gået i stå? 5. Hvordan synes du, jobcenteret alt i alt har håndteret dit sygdomsforløb? Resultaterne indikerer en lille, men positiv forskel i interventionsgruppens favør for spørgsmål 1, 2 og 4 [53]. Denne viden er interessant, men den har sine begrænsninger. Den giver ingen eller meget begrænset indsigt i TTA-projektets working mechanisms, og vi opnår ikke en dybere forståelse af, hvad de fem

prædefinerede forhold betyder for den sygemeldte og dennes udbytte af TTA-projektet. Ej heller ved vi, om de sygemeldte finder helt andre end de fem definerede forhold betydningsfulde for deres oplevelse af TTA-projektets relevans i deres TTA-proces.

Jeg vil i næste kapitel præcisere mine forskningsspørgsmål og præsentere afhandlingens tre artikler.

5. Forskningsspørgsmål og afhandlingens artikler.

Som tidligere angivet er afhandlingens overordnede forskningsspørgsmål:

Hvad vil det sige at have udviklet og være sygemeldt med CMD? Hvilke udfordringer og muligheder oplever sygemeldte i deres TTA-proces og deltagelse i TTA-projektet? Kan vi på baggrund af denne viden øge vores forståelse af working mechanisms i TTA-projektet?

En række delspørgsmål kan præciseres:

- Hvad karakteriserer TTA-processen, og hvilke overordnede fremmende og hæmmende faktorer for TTA oplever sygemeldte med CMD?
- Hvordan opleves det at være sygemeldt med CMD, og hvad karakteriserer perioden op til sygemeldingen?
- Hvilke centrale working mechanisms karakteriserer TTA-projektet?

For at besvare forskningsspørgsmålene har jeg udarbejdet en *meta-syntese* (udfoldes i nedenstående afsnit), og jeg gennemført en eksplorativ kvalitativ undersøgelse. Jeg har gennemført 51 interviews - tre gentagne interviews med 17 sygemeldte med CMD - for at opnå en dybere og mere nuanceret forståelse af det konkrete menneskes udvikling af CMD, oplevelse af sygefraværet og TTA-projektet. Derigennem bringer jeg mennesket tilbage i TTA-forskningen og mit håb er, at vi af denne vej får en mere detaljeret og nuanceret forståelse af de sygemeldtes TTA-proces samt et kig ind i TTA-projektets sorte boks med særlig fokus på working mechanisms.

Min ph.d. er lavet sideløbende med - men uafhængigt af - den omfattende evaluering af TTA-projekt, og jeg er blevet givet frie rammer til at designe og gennemføre mit forskningsprojekt. Denne afhandling skal derfor læses som et selvstændigt forskningsstudie. Grundet to barsler under mit ph.d-forløb var mit forskningsprojekt ikke afsluttet, da evalueringsrapporten af TTA-projektet blev udarbejdet, men jeg har bidraget med ca. fem siders analyse af mine data til TTA-rapporten [53] (se Bilag A for de fem sider).

5. 1 Afhandlingens tre artikler

Afhandlingen består af tre publicerede artikler. De første to artikler er publiceret i internationale peer reviewed journals, mens den tredje artikel er publiceret som dansksproget bogkapitel i antologien *Nye Perspektiver på Stress*, som jeg har redigeret i samarbejde med Svend Brinkmann, professor ved Aalborg Universitet (se Appendix for artiklerne):

Artikel 1: **Andersen MF**, Nielsen K, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2012; 38:93-104. [50]

Artikel 2: **Andersen MF**, Nielsen K, Brinkmann S. How do Workers with Common Mental Disorders Experience a Multidisciplinary Return-To-Work Intervention? A Qualitative Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Published online 15 February 2014. [2]

Artikel 3: **Andersen MF**: ðFra omfavelse til kvælertag ó Hvordan kan arbejdet blive et spørgsmål om liv og død?ö I antologien *Nye Perspektiver på Stress* (red. Malene Friis Andersen & Svend Brinkmann), Klim 2013. [57]

Jeg vil i nedenstående udfolde de tre artikler hver for sig. I kapitlet öDiskussion af resultaterö diskuteres de tre artikler i forhold til hinanden samt i forhold til relevante forskningsresultater og teorier.

5.1.1 Artikel 1

For at skabe et systematisk overblik over og indblik i den eksisterende kvalitative forskning på feltet valgte jeg som første artikel at lave en meta-syntese. Meta-syntesen bliver af nogle karakteriseret som den kvalitative metodes pendant til den kvantitative meta-analyse. Jeg gennemførte en omfattende og systematisk litteratursøgning for at identificere kvalitative studier om, hvordan sygemeldte med CMD selv oplever TTA-processen, og hvilke forhindringer og muligheder de identificerer i relation til TTA. I alt blev 4136 artikler identificeret. Jeg og mine medforfattere fulgte en række inklusions- og eksklusionskriterier til at bedømme artiklernes relevans og endte med otte primærstudier, som levede op til inklusionskriterierne. De otte studier blev efterfølgende kvalitetsvurderet. De blev alle ratet som enten af middel eller høj kvalitet, og blev derfor alle inkluderet i meta-syntesen.

Artikel 1 er udarbejdet ved hjælp af principper fra forskningsmetoden *meta-ethnography*, og ud fra dennes systematik har jeg og mine medforfattere uddraget, integreret og syntetiseret resultaterne fra de inkluderede kvalitative studier. I artikel 1 konkluderer jeg og mine medforfattere, at sygemeldte med CMD oplever en række forhindrende og fremmede faktorer for TTA i relation til deres egen personlighed (perfektionisme, ansvarsfølelse og self-efficacy) samt i relation til deres arbejdsplads. Vi fandt, at graden af arbejdspladsens accept af den nedsatte arbejdsevne samt vurdering af CMD som legitim lidelse havde betydning for TTA, og derudover var tilstedeværelsen eller fraværet af den tilgængelige sociale støtte inden, under og efter sygefraværet central for TTA. Flere sygemeldte havde vanskeligt ved at afgøre, hvornår og hvordan de var klar til TTA og i forhold til den konkrete tilbagevenden, oplevede flere sygemeldte et gap mellem de udarbejdede TTA-planer og de gode intentioner og implementeringen af disse.

På baggrund af syntetiseringen af de otte primærstudiers resultater, konkluderer jeg og mine medforfattere, at TTA skal forstås som en sammenhængende og kontinuerlig proces, hvor sygemeldtes erfaringer fra fortiden og forventninger til fremtiden er dynamisk relateret til dennes TTA-relaterede handlinger, tanker og oplevelser her og nu. Artikel 1 viser således, at vi må udvide den tidsperiode, som vi medtænker og medtager i vores forståelse af selve TTA-processen. TTA er altså ikke blot et anliggende fra første sygedag. Den sygemeldte agerer ikke i et isoleret her-og-nu moment. TTA peger også tilbage og muliggøres og vanskeliggøres af forhold og betingelser, som ligger forud for selve sygefraværet, som er opstået under sygefraværet, såvel som den sygemeldtes forventninger til fremtiden. Derudover konkluderer vi, at de sygemeldte oplever forskellige fokuspunkter og interesser i deres TTA-proces mellem de systemer (sundheds-, forsikrings- og arbejdsrelateret rehabiliteringssystem), som de ofte var i kontakt med under deres sygefravær. Modsattede råd fra de tre systemer synes at forvirre og forværre de sygemeldtes tilstand.

Trods en omfattende systematisk litteratursøgning identificerede vi kun otte studier, som kunne inkluderes i meta-syntesen. Kun et fåtal af de otte studier fokuserede på sygemeldtes oplevelse af at deltage i en TTA-intervention. Artikel 2 har derfor til formål at udvide vores forståelse af, hvordan sygemeldte med CMD oplever at deltage i en TTA-intervention, og med udgangspunkt i denne viden diskuterer jeg og mine medforfattere potentielle working mechanisms, som TTA-interventionen virker igennem. Artikel 2 er således et kig ind i TTA-projektets sorte boks.

5.1.2 Artikel 2

Artikel 2 er udarbejdet med udgangspunkt i mine 51 gennemførte interviews. De gentagne interviews med hver af de 17 interviewpersoner over en længere periode er i overensstemmelse med meta-syntesens påpegning af, at TTA-processen er en kontinuerlig og sammenhængende proces. I artiklen vises det, at vi for at forstå CMD-sygemeldtes oplevelse af TTA-projektet også må medtænke deres oplevelse af at have udviklet og været sygemeldt på grund af CMD.

Interviewpersonerne fortæller om skam, skyld, selvbebrejdelse og en usikkerhed på egen kunnen i forbindelse med udvikling af CMD og langvarigt sygefravær.

Vi finder, at TTA-projektets centrale interventionskomponenter som afklaringsamtaler, psykoedukative gruppesessioner samt individuelle samtalsessioner med TTA-psykolog har potentiale til at skabe såvel motivation for TTA som frustration hos den sygemeldte. Hvorvidt den sygemeldte motiveres eller frustreres synes at afhænge af, om TTA-aktørerne møder den sygemeldte med en *individuel tilgang*, som vi konkluderer, er en særlig betydningsfuld working mechanism i TTA-projektet. De sygemeldtes oplevelse og måske også udbytte - af TTA-projektet synes at afhænge af, om de oplever, at TTA-aktørerne praktiserer, hvad jeg og mine medforfattere betegner som *en individuel tilgang*. Med individuel tilgang menes TTA-aktørernes evne til at både give den sygemeldte oplevelsen af at blive mødt på sine egne præmisser og blive set som et unikt individ. Eksempelvis synes den sygemeldtes oplevelse af tilstedeværelsen af den individuelle tilgang at være nødvendig for, at TTA-aktørerne i afklaringsamtaler opnår et retvisende billede af den sygemeldtes situation, mentale tilstand samt arbejdsparathed og dermed kan tilbyde den sygemeldte en adækvat indsats. Ligeledes peger vi på, at den individuelle tilgang synes afgørende for, at TTA-aktørerne opnår en position som *legitime eksperter* i den sygemeldtes TTA-proces. TTA-aktørernes status som legitime eksperter er central for, at den sygemeldte oplever deres vurderinger, råd og fortolkninger som relevante og anvendelige. I artiklen diskuterer vi den individuelle tilgang i forhold til psykoterapiforskningens teorier om og dokumentation af betydningen af non-specifikke faktorer (i artiklen kaldt *common factors*). Vi konkluderer afslutningsvis, at det kan vanskeliggøre TTA-aktørernes praktisering af den individuelle tilgang, at de både er hjælpere, kontrollanter og myndighed i den sygemeldtes TTA-proces.

Artikel 1 peger således på, at vi må forstå TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces og artikel 2 viser, at den individuelle tilgang er en central working mechanism i TTA-projektet med betydning for, om og i hvilken grad TTA-projektets potentialer forløses. For at undersøge og forstå

de to centrale fund nærmere, undersøger og beskriver jeg i artikel 3 den periode, der er gået forud for sygemeldingen.

5.1.3 Artikel 3

Jeg har i artikel 3 valgt at fokusere på et udsnit af mit datamateriale. For at opnå en detaljeret og dybere forståelse af, hvad der er gået forud for de sygemeldtes deltagelse i TTA-projektet, er artikel 3 baseret på interview med fem interviewpersoner sygemeldt med, hvad jeg i artiklen betegner som arbejdsrelateret stress. Min beslutning om netop at fokusere på sygemeldte med selvrapporeret stress, er funderet i, at stress i særdeleshed er et diffust og mangelfuldt defineret mentalt helbredsproblem [58]. Dermed bidrager artikel 3 både med en detaljeret viden om perioden op til sygemeldingen samt en præcisering af stress som tilstand.

I artikel 3 udfolder jeg en kompleks og nuanceret stressforståelse. På baggrund af empirien identificerer jeg fire centrale temaer, som forklarer, hvordan arbejdet på en og samme gang opleves som både livsfarligt og livsnødvendigt, desto mere stresssymptomer forværres: 1) Relationen til arbejdet, 2) Forstyrrelse i selvforståelse og selvværd, 3) Forstyrrelse i realitetssans (tema 2 og 3 udgør *stresssyndromet*), 4) Den almægtige leder. I artiklen argumenterer jeg for, at interviewpersonernes relation til arbejdet kan karakteriseres som en *sammenfoldning mellem arbejde og identitet*. Med udgangspunkt i teorier om *kognitiv kapitalisme* beskrives denne sammenfoldning ikke som et valg, men som et vilkår med en række konsekvenser, og der argumenteres for, at arbejdet bliver den centrale identitetskomponent.

Stresssyndromet er et empirisk udviklet koncept, og jeg viser i artiklen, at det består af to parallelle og reciprokke processer: 1) Forstyrrelse i selvforståelse og selvværd, 2) Forstyrrelse i realitetssans. Første tema dækker over, at interviewpersonerne oplever, at ydre uoverensstemmelser resulterer i indre konflikter og en følelse af at være inkompetent og ude af stand til at afkode meningen med tilsyneladende logiske organisatoriske betingelser og forandringer. I stigende grad oplever de usikkerhed og tvivl om egne evner og deres værd som menneske. En af interviewpersonerne stiller spørgsmålet: 'Er jeg en god nok medarbejder og et godt nok menneske?', og med udgangspunkt i den viste intensiverende sammenfoldning mellem arbejde og identitet argumenterer jeg i artiklen for, at desto mere den negative stressspiral sætter ind, desto mere bliver svaret på det formulerede

spørgsmål et og det samme. Derfor sætter interviewpersonerne alt ind for at løse arbejdsopgaverne upåklageligt for at udsætte den truende psykiske undergang ó og sygemelding.

Forstyrrelse i realitetssans dækker over, at interviewpersonerne op til sygemeldingen i stigende grad oplever en svækkelse i og manglende tillid til at kunne anvende og navigere efter egne fornemmelser, følelser, sansninger og vurderinger. De afskriver deres eskalerende stresssymptomer som relevante og handlingsanvisende informationsbærere, hvilket efterlader interviewpersonerne i et navigationsmæssigt tomrum, og de føler sig ude af sync med virkeligheden.

Forstyrrelsen af selvforståelse og realitetssans har som både årsag og konsekvens, at lederen får en ó om end ikke-intenderet - stadig større betydning i udviklingen af en negativ stressspiral og eskalering af de to beskrevne forstyrrelser. Med udgangspunkt i empirien betegner jeg lederen som *den almægtige leder*, da lederen synes at have en udvidet definitionsradius og definitionsmagt qua sammenfoldningen mellem arbejde og identitet. Dermed udsiger og fortolker lederen ikke blot medarbejderen som medarbejder, men som helt menneske. Det understreges i artiklen, at denne dynamik ikke nødvendigvis er bundet til den enkelte konkrete leder. I stedet skal den forstås ud fra mere overordnede ledelsesrationaler og -logikker i den kognitive kapitalismes æra.

Artikel 3 giver således et indblik i perioden op til sygemeldingen. I diskussionen af de tre artikler vil jeg argumentere for, at denne viden er central for at få en dybere forståelse af CMD-sygemeldtes oplevelse af TTA-projektet samt dets working mechanisms.

I dette kapitel har jeg præsenteret indholdet i de enkelte artikler. Jeg vil i næste kapitel beskæftige mig med, hvordan resultaterne er blevet til ved i detaljer at udfolde mit forskningsprojekts metode.

6. Metode

Jeg vil i kapitlet søge at efterleve kravet om gennemsigtighed [59] i forhold til de metoder, strategier og valg, der karakteriserer mit eget interviewstudie. Dermed relaterer kapitlet sig til artikel 2 og 3. Jeg har valgt at fokusere på mit eget interviewstudie, da artikel 1 redegør forholdsvis detaljeret for metoden meta-etnography og dens metodiske styrker og begrænsninger. Jeg vil indledningsvis præsentere Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), som er den metode, der har guidet og men ikke styret min dataindsamling og -analyse. Dernæst vil jeg i afsnittet Dataindsamling udfolde, hvad mine data består i, og hvordan de er blevet til. Afslutningsvis udfoldes i afsnittet Etiske overvejelser mine etiske udfordringer under dataindsamlingen. Jeg har valgt at reservere en kritisk diskussion af mit forskningsdesigns styrker og begrænsninger til kapitlet Diskussion af metode.

6.1 Interpretative Phenomenological Analysis

Jeg vil give en kort introduktion af IPAs teoretiske udgangspunkt i fænomenologien samt motivere mit valg af IPA. Dernæst vil jeg udfolde min analysestrategi.

IPA er en relevant forskningsmetodik, hvis ens fokus er *on personal meaning and sense-making in a particular context, for people who share a particular experience*. [60]. Dette matcher med mine forskningsspørgsmål og fænomenologiens udgangspunkt i det konkrete menneske, dets bevidsthed og indefra-ud beskrivelser er ligeledes i god overensstemmelse med mit ønske om at sætte den sygemeldte og dennes oplevelser og erfaringer i centrum for min forskning. IPA har allerede vist sig anvendelig inden for andre forskningsprojekter om sygdomsramtes oplevelse af sygdom og funktionsnedsættelse [61-65].

6.1.1 IPA og fænomenologien

IPA er, som navnet afslører, funderet i fænomenologien og tager udgangspunkt i de teoretiske fænomenologer Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty og Sartre [60]. En dybdegående og detaljeret redegørelse for fænomenologien fortjener langt mere plads, end der her er til rådighed. Jeg vil derfor fokusere på centrale pointer fra fænomenologien, som IPA søger at integrere.

Den fænomenologiske tradition antager, at fænomener har en *öessensö*, som beskrives som fænomenets almene væsen [66]. Tesen er, at fænomenets essens rent faktisk eksisterer, som det, der gør fænomenet til det, det er - fx er en stols essens, at man kan sidde på den. Det er således ikke sociale konstruktioner, der definerer tingens essens, men tingens essens i sig selv. Ifølge fænomenologien kan vi ikke umiddelbart erkende den egentlige essens, da vores subjektivitet (erfaringer, teorier, viden og fordomme) forstyrrer erkendelsen af tingen i sig selv. Fænomenologien har som centralt omdrejningspunkt at beskrive erkendelsesmæssige metodikker, med hvis hjælp vi kan tilnærme os og beskrive et fænomens essens så præcist som muligt. IPA indarbejder især metodikken *bracketing* ó at sætte i parentes. Med bracketing henvises der til, at vi gennem en aktiv proces må sætte vores subjektivitet og taget-for-givet-verden i parentes, mens undersøgelsen af et fænomen finder sted [66, 67]. I IPA understreger man, at dette ikke gøres ved at fornægte og ekskludere subjektiviteten, men ved aktivt at undersøge og engagere sig i den [60, 64, 68, 69].

I overensstemmelse med filosofisk fænomenologi er IPA undersøgende over for, hvad det vil sige at være menneske, og hvorledes vi udvikler en forståelse af verden og dens fænomener ó herunder os selv. Men en central forskel på den filosofiske fænomenologi og IPA er, at hvor førstnævnte typisk undersøger, hvordan *jeg* oplever et træ, smerte etc., er ønsket i IPA at undersøge, hvordan *andre* oplever et træ, smerte etc. [60]. Resultatet af en analyse udført med udgangspunkt i IPA vil derfor altid være under indflydelse af, hvad forskeren tænker, at deltageren tænker. Dette betegner IPA som *dobbelt hermeneutik* [60]. Derigennem påpeger IPA, at kvalitativ analyse altid vil være subjektiv. Et centralt princip i IPA er derfor, at forskeren kontinuerligt og systematisk forholder sig til sin subjektivitet [60]. Jeg har søgt at imødekomme dette ved blandt andet at modtage supervision i relationen til min forskningsproces og dataanalyse hos en klinisk psykolog under forskningsprojektet. Derudover har jeg kontinuerligt drøftet proces, dataanalyser og arbejdshypoteser med medforfatterne til artikel 1 og 2.

Efter denne korte introduktion til det teoretiske grundlag for IPA vil jeg i næste afsnit give en mere udførlig redegørelse for gennemførelsen af mine dataanalyser, og hvilke analysestrategier jeg har anvendt. Jeg beskriver de seks trin, som en analyse gennemført med udgangspunkt i IPA består i, og jeg ekspliciterer, hvordan jeg afviger fra de seks trin.

6.1.2 De seks trin som blev til tre

De seks trin i en IPA-analyse er: 1. Reading and re-reading, 2. Initial noting, 3. Developing emergent themes, 4. Searching for connections across emergent themes, 5. Moving to the next case, 6. Looking for patterns across cases [60]. Det første trin *reading and re-reading* består i at genhøre det båndede interview samt læse og genlæse det transskriberede interview, mens tanker og mulige tolkninger noteres frit. Det næste trin - *initial noting* ó er det mest tidskrævende. Dette trin er at sammenligne med en fri tekstanalyse, hvor der ingen regler er for, hvad man skal kommentere og forholde sig til. Målet for trin to er udarbejdelse af omfattende og detaljerede noter og kommentarer, som ofte også indeholder analysandens personlige refleksion, egne erfaringer og professionelle viden. På det tredje trin *developing emergent themes* foretages et analytisk skift fra primært at arbejde med transskriptionen til primært at arbejde med de indledende noter udarbejdet på trin to. På trin fire opsplittes den kronologiske rækkefølge og temaerne organiseres nu efter, hvordan de passer sammen. Herefter påbegyndes trin fem, hvor analysanden går til næste case og gentager processen. På trin seks ser man efter mønstre mellem casene. Derefter bevæger man sig fra de overordnede temaer til en mere teoretisk og generaliseret forståelse af de undersøgte fænomener [60, 61, 63, 64].

Jeg havde oprindeligt planlagt at anvende klassisk IPA og de seks trin. Men da mit datagrundlag blev mere omfangsrigt end planlagt (udfoldes senere i dette kapitel), har det krævet en tilpasning af IPA, da man i IPA typisk har langt færre interviews [60]. En tilpasning af metoden er ifølge grundlæggerne af IPA dog ikke nødvendigvis problematisk, idet:

öThere is no clear right or wrong way of conducting this sort of analysis and we encourage IPA researchers to be innovative in the ways that they approach it.ö [60].

Andre kvalitative forskere beskriver endda ligefrem metodetilpasning som en ønskværdig strategi:

öQualitative researchers should think of themselves as craftspersons who engage creatively with the materials and should not be rigid methodologists who mechanically follow pre-defined steps.ö [70]

I kapitel 9 öDiskussion af metodeö vender jeg tilbage til potentielle udfordringer i at have tilpasset metoden. Som angivet i artikel 2 tager mit analysearbejde for denne artikel udgangspunkt i IPAø principper for håndtering af stort datamateriale. Grundet omfanget af min datamængde har jeg anvendt analyseprogrammet NVivo 10 til sortering af data, trods IPAø grundlæggernes skepsis over for denne type software [60]. Jeg har over en længere periode udviklet og tilpasset en kodestrategi, og jeg har kodet alle interviews efter de overordnede kategorier i NVivo (se Bilag B for kodehierarki). Koderne er diskuteret med mine medforfattere på artikel 2. Det var afgørende, at koderne balancerede mellem at være både så præcise og så generelle som muligt, idet det skulle være muligt at anvende dem på samtlige 51 interviews. Dette gjorde det muligt for mig at sammenligne tematikker på tværs af interviewpersoner og på tværs af de tre interviewtidspunkter. I mit analytiske arbejde har jeg især været inspireret af IPAø trin 1, 2 og 3. Ved udarbejdelsen af analyserne for artikel 3 har jeg fulgt anvisningerne for trin 1, 2 og 3 for de tre interviews med hver af de fem interviewpersoner. I analyserne til artikel 2 har jeg anvendt de tre trin mere selekteret på udvalgte tematikker, der var relevante for artiklen. De tre trin har hjulpet mig til konstant at stille undrende spørgsmål til data, og min oplevelse er, at de tre trin har åbnet datamaterialet på for mig nye og overraskende måder (se Bilag C for eksempel på trin 2 og 3). Efter gennemførelsen af de tre trin er min analyse og tematisering af min empiri foregået mere processuelt og ikke stringent efter IPAø sidste tre trin. Jeg har udfyldt utallige hæfter med noter, analyser og flere spørgsmål, og jeg har tegnet og søgt at materialisere mine analyser i arbejdsfigurer og modeller. Under analysearbejdet har jeg fortløbende diskuteret, udviklet og modereret min kodningsstrategi, mine analyser og arbejdshypoteser i samarbejde med mine vejledere Karina Nielsen og Svend Brinkmann.

Der er nogle udfordringer forbundet ved IPA som metode, som jeg udfolder i kapitlet öDiskussion af metodeö. Jeg vil i næste afsnit søge at øge gennemsigtigheden yderligere ved en detaljeret redegørelse for, hvordan de data, som jeg netop har beskrevet analysestrategi for, er blevet til.

6.2 Dataindsamling

Jeg har i artikel 2 mere overordnet beskrevet gennemførelsen af de 51 interviews. Jeg vil i dette afsnit fokusere på detaljer og opmærksomhedspunkter, som ikke er udfoldet i artiklerne pga. begrænset plads. I nævnte rækkefølge udfolder jeg i fem separate afsnit 1) rekruttering af interviewpersoner, 2) min beslutning om at gennemføre tre i stedet for to interviews med hver

interviewperson, 3) indholdet i interviewguides for de tre interviews, 4) interviewteknik, og 5) etiske overvejelser i forbindelse med dataindsamlingen.

6.2.1 Rekruttering

Jeg har anvendt to rekrutteringsstrategier: ansigt-til-ansigt rekruttering i kommune og rekruttering pr. brev. Mine interviewpersoner er hovedsageligt rekrutteret via brev, da den anden rekrutteringsstrategi var for tidskrævende. I alt blev 18 personer rekrutteret (3 via ansigt-til-ansigt og 15 via brev). Rekrutteringen pr. brev foregik ved, at en datamanager på NFA via dataprogrammet Inquisite, som kommunerne registrerede de deltagende sygemeldte i, identificerede sygemeldte i otte sjællandske kommuner, som levede op til mine inklusionskriterier: 1. Den sygemeldte er randomiseret til TTA-Projektet, 2. Den sygemeldte angiver, at årsagen til sygefraværet er depression eller stress⁵. Herefter udsendte Danmarks Statistik et rekrutteringsbrev (se Bilag D for rekrutteringsbrevet) til sygemeldte, der matchede mine inklusionskriterier. I alt blev 93 rekrutteringsbreve udsendt i perioden 26/8 2010 - 20/1 2011. 17 % af modtagerne valgte at deltage i undersøgelsen. Til sammenligning var svarprocenten på spørgeskemaet for sygemeldte med mentale helbredsproblemer ved baseline 37 % og 26 % ved follow up [53]. Denne forskel kan skyldes, at det opleves som mere overskueligt at udfylde et spørgeskema end at tage initiativ til at koordinere og deltage i de to interviews, som der var lagt op til i rekrutteringsbrevet.

En interviewperson faldt fra efter første interview, mens de resterende 17 interviewpersoner deltog i samtlige interviews. De 17 interviewpersoner fordeler sig som følger: 13 kvinder, 4 mænd, gennemsnitsalderen er 44 år (range 23-61 år). Ved første interview var 11 lønmodtagere (fire af dem var dog afskediget inden mit første interview), fire var ledige og to var selvstændige. 9 havde angivet stress som årsag til sygefravær, mens 8 havde angivet depression (se artikel 2, Tabel 1 for mere detaljeret beskrivelse af interviewpersonerne).

⁵ Jeg har valgt at rekruttere interviewpersoner med udgangspunkt i kun to selvrapporterede årsager, da dette er i tråd med IPA's præference for homogene samples [60]. Jeg vil dog senere forholde mig kritisk til, om mit sample er udtalt homogent.

6.2.2 Fra to til tre interviews

Gennemførelsen af flere interviews med samme interviewperson er fremhævet som et godt forskningsdesign, hvis man ønsker at følge og forstå processer [71]. Som det fremgår af rekrutteringsbrevet, var det oprindeligt planlagt, at der skulle gennemføres to interviews med hver interviewperson: Interview 1 efter ca. otte ugers sygefravær umiddelbart efter randomisering til TTA-projektet og interview 2 ca. tre måneder efter første interview. Interview 1 finder således sted i, hvad man i litteraturen betegner som *den sub-akutte fase* (to-tre måneders sygefravær), mens interview 2 finder sted i, hvad der betegnes som *den kroniske fase* (mere end tre måneders sygefravær) [72]. Efter jeg havde gennemført interview 2 med fem interviewpersoner, viste det sig, at interviewpersonerne endnu ikke var vendt tilbage til arbejdet eller kun lige var vendt delvist tilbage. Dermed indså jeg, at størstedelen af mine interviewpersoner med stor sandsynlighed stadig ville deltage i TTA-projektet eller være i en eller anden form for TTA-proces på tidspunktet for interview 2. For at følge interviewpersonernes TTA-proces samt deres oplevelse af TTA-projektet over tid og som forandringer indtraf eller udeblev, fandt jeg det relevant at udvide forskningsdesignet med et tredje interview, som fandt sted 6-7 måneder efter interview 1. Tidspunktet for interview 3 blev fastlagt, så det faldt ca. samtidig med, at der blev udsendt follow-up spørgeskemaer til de sygemeldte. Mit ønske om at gennemføre et ekstra interview formidlede jeg via telefonen til de første fem interviewpersoner og ved interview 2 til de øvrige interviewpersoner. Jeg understregede, at det var fuldt frivilligt at deltage i det tredje interview. Alle 17 interviewpersoner accepterede.

6.2.3 Interviewguides

Jeg har udarbejdet interviewguides for hvert interviewtidspunkt 1, 2 og 3 for henholdsvis interviewpersoner sygemeldt fra arbejde og interviewpersoner sygemeldt fra ledighed (se Bilag E for interviewguides). Nogle tematikker adresseres på alle tre interviewtidspunkter, mens andre kun adresseres på et eller to interviewtidspunkter.

På alle interviewtidspunkter blev der stillet spørgsmål til det konkrete mentale helbredsproblem, og der blev spurgt til interviewpersonens tanker om syg-rask dikotomien for derigennem at sætte det konkrete helbredsproblem i relation til mere abstrakte overvejelser om og erfaring med at være syg og rask. Dette kan ses som et forsøg på at inspirere interviewpersonen til i en light-version at eksperimentere med den fænomenologiske metode *free imaginative variation* [59]. Oplevelsen af at

arbejde og betydningen af arbejdet i interviewpersonens liv blev afdækket i alle tre interviews. Ligeledes blev der på alle tre interviewtidspunkter spurgt til interviewpersonens tanker, følelser, overvejelser og konkrete handlinger i forhold til TTA samt kontakt til en eventuel arbejdsplads. Interviewguiden for interview 1 fokuserer desuden på perioden op til sygemeldingen ó herunder hvornår og hvordan interviewpersonen blev opmærksom på udviklingen af et mentalt helbredsproblem, og hvordan det resulterede i en sygemelding. Derudover blev der afslutningsvis i interview 1 spurgt til interviewpersonens kendskab til TTA-projektet samt umiddelbare tanker om behov for hjælp.

Interview 2 og 3 blev indledt med et relativt åbent spørgsmål om, hvad der var sket siden sidste interview. Efterfølgende blev der spurgt mere konkret til interviewpersonens deltagelse i TTA-aktiviteter og oplevelse af disse.

Jeg fulgte sjældent rækkefølgen i interviewguiden. Det var altid den konkrete dynamik i samtalen, der afgjorde, hvornår og hvordan de enkelte temaer blev adresseret. Mine interviewguides kan synes relativt spørgsmålstunge i forhold til præferencen i IPA-studier [60]. Jeg fandt det dog vigtigt, at alle temaer blev afdækket i hvert interview, så jeg havde mulighed for reelt at sammenligne forskellige interviewpersoner. Interviewene havde en længde på mellem 1-2,5 time og størstedelen tættere på de 2,5 time end 1 time. Således var der god tid til eksplorativt at afdække de enkelte ó men måske mange - temaer. Alle interviews er transskriberet. Jeg har selv transskriberet syv interviews mens resten er transskriberet af studentermedhjælperen på NFA, som blev instrueret mundtligt og skriftligt i, hvordan jeg ønskede transskriptionen.

I næste afsnit præsenterer jeg to interviewteknikker for yderligere at udfolde, hvordan interviewene blev gennemført.

6.2.4 Interviewteknik

Hvilke interviewteknikker, der har formet data, er ofte minimalt eller slet ikke beskrevet i rapporteringen af kvalitative studier. For at øge gennemsigtigheden vil jeg beskrive to interviewteknikker, som jeg har praktiseret og navngivet: Pendul-metoden og Tale-sig-tom-metoden.

6.2.4.1 Pendulmetode – at tale om svære ting på en nænsom måde

Interviewpersonerne befinder sig i en sårbar og usikker situation, og i interviewene er det forholdsvis personlige emner, som berøres. Dette kræver en særlig opmærksomhed på interviewteknik. Det er mit ansvar som interviewer, at interviewpersonen er fattet og ikke overvældet af psykisk materiale, når jeg går ud af døren. I mit forsøg på at leve op til dette ansvar har jeg anvendt en interviewteknik inspireret af terapiretningen Somatic Experience (SE) [73, 74], som jeg bl.a. er trænet i som klinisk psykolog.

En af grundpræmisserne i SE er, at SE-terapeuten ikke arbejder direkte med et traume. I stedet aktiveres skiftevis personens ressourcer og personens mentale og kropslige erindringer om vanskelige oplevelser eller temaer. Tesen er, at der gennem dette penduleringsarbejde sker en gradvis balancering af det sympatiske og parasympatiske nervesystem, og at personen derigennem kan tale om og arbejde med traumet og vanskelige temaer uden at blive overvældet af negative følelser og retraumatisering [73, 74]. Derudover vil terapeuten ofte indledningsvis i en session identificere et *anker* hos klienten. Et anker er et fænomen, en oplevelse, en aktivitet i livet eller en person, som klienten har positive og trygge erfaringer med. Hvis terapeuten fornemmer, at klienten overvældes af negative oplevelser og følelser, vil terapeuten adressere ankeret og gennem spørgeteknikker aktivere det parasympatiske nervesystem og derigennem bringe personen i en mere balanceret tilstand [73, 74].

Det er vigtigt at understrege, at jeg ikke har nogen antagelse om, at mine interviewpersoner nødvendigvis har været udsat for traumatiske hændelser eller befinder sig i en traumelignende situation. Og vigtigst af alt: Jeg laver interview og ikke terapi med dem. Netop derfor er det også særlig vigtigt, at interviewpersonen ikke overvældes af psykisk materiale i interviewsituationen.

I det konkrete interview har jeg vekslet mellem adressering af ressourcerelaterede oplevelser og erfaringer, neutrale oplevelser og erfaringer samt vanskeligere og emotionelt krævende oplevelser og erfaringer. I første del af interviewet har jeg identificeret og konkretiseret et *öankerö* ó gerne i relation til selve emnet for undersøgelsen for at holde os til den *ökontraktö*, interviewperson og jeg har indgået. Af eksempler på anker kan nævnes: faglig stolthed, gode kollegaer, oplevelse af meningsfuldt arbejde, et langt stabilt arbejdsliv etc. I mange interviews har det ikke været nødvendigt at bringe ankeret i spil, men i nogle interviews har jeg i større eller mindre grad adresseret ankeret i interviewsituationen på tidspunkter, hvor jeg har vurderet, at interviewpersonens balance har været udfordret (se Bilag F for eksempel på adressering af ankeret).

Min erfaring er, at interviewpersonerne har responderet positivt på et sådan skift i interviewet, og at det har haft den intenderede effekt.

Ud over at pendul-metoden har været skånsom over for interviewpersonerne, tror jeg også, at metoden har tilvejebragt nuancer i mine interviews, som mere lineære interviewteknikker ikke nødvendigvis kan frembringe. I mine data træder ambivalens og både-og-oplevelser tydeligt frem, hvilket har givet mig en analytisk opmærksomhed på, at et fænomen sjældent opleves entydigt, og at der sjældent kun er én oplevelse, én historie eller én følelse bundet til et fænomen.

6.2.4.2 At lade interviewpersonen tale sig tom

Som angivet i begyndelsen af afhandlingen har jeg tidligere arbejdet med CMD, sygefravær og TTA. I IPA understreges vigtigheden af, at man skal blive sig sine forforståelser bevidst og sætte sin viden om forskningsgenstanden i parentes. Jeg har som nævnt søgt at tage denne fordring alvorlig gennem fx at modtage supervision. Men da den vandtætte parentes er en utopi, er der risiko for, at en öhjemmevantö forsker som mig for hurtigt tror, at jeg ved, hvad interviewpersonen mener. Dermed forbliver temaerne i interviewene udfoldede og indforståede. For at minimere denne faldgruppe har jeg anvendt en teknik, som jeg kalder at lade interviewpersonen *tale sig tom* (velvidende at dette også er en utopi). Jeg har forsøgt at etablere et *rum*, hvor interviewpersonen kunne være i en fri tale- og tankestrøm og med egne ord samt billeder udfolde en oplevelse, en refleksion, en følelse etc. Men som det ses i Bilag G er det ikke et helt frit rum, der etableres: Gennem mine enkle spørgsmål og korte gentagelser strukturerer og fastholder jeg interviewpersonens undersøgelse af et givent tema. Denne spørgeteknik - eller struktureringsteknik ó har potentiale til, at metaforer, frie associationer og refleksioner udfoldes og præciseres ved få og korte spørgsmål og opsamlinger. Denne teknik, mener jeg, har øget forskningsprojektets validitet. I kapitlet öDiskussion af metodeö udfoldes validitetsdiskussionen.

6.3 Ethiske overvejelser

Vender vi indledningsvis blikket mod de mere konkrete punkter i god forskningsetik [75], er det forholdsvis nemt at svare bekræftende til, at jeg har handlet etisk forsvarligt: Ja, jeg har indhentet skriftligt samtykke fra interviewpersonerne, ja, jeg har meldt forskningsprojektet til Datatilsynet, og ja, jeg har i formidlingen af resultaterne efterstræbt fuld anonymitet af interviewpersonerne. Men det bliver vanskeligere at fælde entydig dom over min håndtering af etiske problemstillinger, når vi

forlader tjeklisten og bevæger os ud i den grumsede virkelighed med til tider modsatrettede forpligtelser. Først vil jeg adressere en påstand om, at anvendelsen af terapeutiske teknikker i interview er manipulation, hvorefter jeg vil udfolde mine udfordringer med en samtidig efterlevelse af epistemisk og etisk godhed.

6.3.1 Terapeutiske teknikker ó manipulation eller nænsomhed?

Etik er et centralt anliggende i kvalitativ metode, da forskeren oftest er positioneret som den magtfulde part og interviewpersonen som den mere sårbare [76]. Som forskere holder vi *önoget af den Andens liv i vores hænder, og ud af dette opstår en etisk fordring om at tage vare på det af den andens liv, der er i vores magtö* (Brinkmanns fortolkning af K. E. Lögstrup [77]). Den kvalitative forsker må især være opmærksom på og håndtere, at såvel interviewer som interviewperson kan blive forført af den åbenhed, som et interview inviterer til [77, 78]. Interviewets lokkende åbenhed og bekendelsesmulighed har fået nogle til at advare om interviewerens brug af terapeutiske teknikker til at komme bag interviewpersonens forsvar, da dette opfattes som manipulation [79], og desuden kan efterlade interviewpersonen med *önye og smertefulde indsigter i deres liv, som de ikke har önsketö* [77]. Som jeg har redegjort for, har jeg været inspireret af terapeutiske teknikker i interviewsituationen. Men jeg håber også at have demonstreret, at den kliniske træning netop minimerer og ikke forstærker risikoen for, at personlige emner og tematikker adresseres på uhensigtsmæssige og belastende måder i interviewsituationen. Dermed mener jeg, at en bevidst anvendelse af udvalgte terapeutiske teknikker hjælper til at tage bedre vare på det af interviewpersonens liv, som er lagt i mine hænder.

6.3.2 Når epistemisk og etisk godhed kolliderer

Det er blevet fremsat, at den gode kvalitative forsker må mestre såvel *epistemisk godhed* (vidensproducerende) som *etisk godhed*, og at de to domæner ofte er uadskillelige i praksis [76]. Jeg er dog ikke sikker på, at de to fordringer er så uadskillelige. Jeg har oplevet det som en kontinuerlig afvejning og balancegang mellem at öpasse påö og være opmærksom på den enkelte interviewpersons grænser og dynamikker (den etiske godhed) samtidig med, at jeg har været optaget af at få tilstrækkelig viden og tilstrækkelig ödybdeö i historierne for at besvare mine

forskningsspørgsmål bedst muligt (den epistemiske godhed). Enkelte gange har det ene behov udfordret ó og endda udelukket - det andet.

Mine praksiserfaringer med feltet har afstedkommet, at jeg i enkelte situationer har haft vanskeligt ved både at honorere den epistemiske og den etiske godhed. Eksempelvis spurgte en interviewperson under interview 1 og 2, hvordan jeg vurderede hendes parathed til at komme tilbage til arbejdet. En anden interviewperson havde fået en henvisning fra egen læge til et samtaleforløb hos en psykolog over sygeforsikringen, men havde ikke råd til egenbetalingen. En egenbetaling, som jeg af erfaring vidste, han med stor sandsynlighed kunne få bevilliget af kommunen grundet hans situation. Begge eksempler indeholder problemstillinger, som TTA-aktørerne optimalt kunne hjælpe de sygemeldte med at håndtere. I første eksempel med at vurdere interviewpersonens TTA-parathed, i det andet tilfælde med at informere om muligheden for økonomisk støtte til egenbetalingen. Jeg valgte i begge tilfælde indledningsvis at forholde mig ikke-intervenerende, da jeg i disse tilfælde satte den epistemiske godhed højest (hvilken betydning har TTA-projektet for deres TTA-proces?). Jeg prøvede at finde ro i denne beslutning i det forhold, at interviewpersonerne var deltagere i en indsats, som burde kunne hjælpe dem. Den sidstnævnte interviewperson var blevet raskmeldt mod sin vilje mellem interview 2 og 3 og deltog således ikke længere i TTA-projektet. Derfor valgte jeg at fortælle ham om muligheden for økonomisk støtte. Jeg finder sondringen mellem epistemisk og etisk godhed relevant, da den har skærpet min bevidsthed om egen motivation og konsekvenserne af de valg, man konstant træffer i forskningsprocessen.

Jeg har i dette afsnit valgt at sætte fokus på, hvad der kan betegnes som mikroetikken vel vidende, at også makroetiske perspektiver er centrale at have for øje i forskningsprocessens helhed [77].

I dette kapitel har jeg redegjort for mine metodevalg og óovervejelser i mit kvalitative forskningsprojekt. Jeg vil i næste kapitel indsætte og frisætte kvalitativ metode i en videnskabsteoretisk sammenhæng for derigennem at definere det grundlag, som jeg senere vil diskutere denne afhandlings resultater og metode på.

7. Videnskabsteoretiske forudsætninger: Videnskabelige metoder og kausalitetsforståelser

Som angivet i indledningen er sygefraværersforskningen og forskningen i TTA præget af kvantitativ metode, hvilket er et billede man genfinder inden for sundhedsforskning generelt [80]. Jeg har argumenteret for relevansen af at anvende kvalitativ metode, men heller ikke denne metode er uproblematisk at anvende til besvarelsen af mine forskningsspørgsmål. Især volder kausalitetsforståelsen i klassisk kvalitativ metode mig problemer. Jeg vil i dette kapitel udrede kausalitetsforståelsen i kvantitativ og kvalitativ metode for efterfølgende at positionere mig i forhold til dem begge ved at indskrive denne afhandling i *kritisk realisme*. Denne positionering har, som vi skal se, betydning for, hvilke konklusioner og implikationer jeg kan tillade mig at drage på baggrund af mine resultater. Den måde, vi forstår kausalitet på, har direkte konsekvenser for:

- 1) Om man accepterer denne afhandlings påstand om, at de tre artikler ikke bare er enmæssigt relateret, men at de tre artikler gensidigt informerer og spejler hinandens resultater.
- 2) Vurderingen af om min metodik tillader de konklusioner, jeg drager.
- 3) Om denne afhandlings konklusioner anses som legitime og relevante at anvende i udviklingen af fremtidige TTA-interventioner.

En klassisk forståelse af forskellen mellem kvalitativ og kvantitativ metode listes i metodebøger ofte som i nedenstående skema af Svend Brinkmann:

To former for undersøgelse [70]:

	<i>Qualitative inquiry</i>	<i>Quantitative inquiry</i>
Subject matter	Relations of meaning	Causally related entities
Purpose	Understanding actions and events	Uncovering causal relations
Ontology	Performances that are done	Things that happen
Methods	Interpreting human actions, practices and cultural productions	Establishing correlations between variables
Materials	Texts	Numbers

Forskellene mellem kvalitativ metode og kvantitativ metode er med udgangspunkt i Wilhelm Dilthey blevet udlagt som en forskel på *verstehen* (forståelse) og *erklären* (forklaring) [70], og de to metoder afskiller sig i praksis, som vi skal se, i deres interesse for og forståelse af kausalitet. Jeg vil i nedenstående redegøre mere detaljeret for de to metoder i forhold til deres orientering mod eller væk fra kausalitet. Kausalitet er et omdiskuteret og mudret begreb [81, 82], hvorfor redegørelsen ikke skal ses som udtømmende men som et forsøg på at opridse de store linjer.

7.1 Positivism og kausalitet – kausalitet i den kvantitative metode

Den kvantitative metode abonnerer på den positivistiske og empiristiske position, som blandt andet udspringer af David Humes teser om kausalitet [71]. Hume betegnes ofte som et vendepunkt i kausalitetsbegrebets historie og udvikling [82]. Hume argumenterer for, at det ikke er muligt for os direkte at erkende og observere kausale forhold ó vi kan aldrig reelt opfatte årsags-virkningsforholdet. Det, vi har adgang til ifølge Hume, er at erkende, er *öconstant conjunction of events* og *öobserved regularities in associations of events*, hvor igennem vi kan associere to begivenheder eller fænomener med hinanden ó men vi kan ikke udsige universelle lovmæssigheder om kausalitet [71, 81-84]. Selvom vi har set, at B følger A tusinde gange, kan vi ikke slutte, at det også vil være tilfældet næste gang A optræder. Der kan være andre forhold og faktorer, der påvirker processen, som vi ikke har mulighed for at erkende. Forskningsdesignet RCT kan ses som et forsøg på at overkomme denne udfordring, ved at etablere en setting, hvor det er muligt at foretage en systematisk sammenligning af situationer, i hvilken den antagne påvirkende faktor (fx TTA-indsats) enten er til stede, fraværende eller varierer i styrke [85, 86]. RCT karakteriseres som *the golden standard* til at undersøge om en indsats (fx en pille eller TTA-indsats) påvirker et udfald (fx reduktion af symptomer eller tid til TTA) [85, 86]. Selvom der på sin vis eksisterer en uoverensstemmelse mellem det videnskabsteoretiske grundlag for den kvantitative og statistiske metode og den konkrete anvendelse af metoden i praksis i fx evaluering af TTA-indsatser, så er der bred enighed om, at den kvantitative metode og eksperimentelle forskningsdesigns er vejen, hvis man ønsker at teste sammenhænge og kausale relationer mellem kvantificerbare og afgrænsede variable [80, 86].

7.2 Hermeneutik og kausalitet – kausalitet i den kvalitative metode?

Den kvalitative forskning interesserer sig groft sagt for intentionalitet og ikke kausalitet i menneskelig handling, tænkning og følelse [87]. Kvalitativ metode sættes ofte i relation til den hermeneutiske tradition, som i sit udgangspunkt er udviklet til fortolkning af bibelske tekster, men senere er videreudviklet som et teoretisk afsæt for fortolkning af et bredt spektrum af fx tekster og dokumenter [60, 70]. I hermeneutik er interessen på fortolkning, betydning og mening [70].

Hermeneutikken søger ikke forklaringer på handlinger, mentale processer eller begivenheder. I stedet ligger fokus på at opnå fyldige beskrivelser af et givent fænomen. En hermeneutisk inspireret analyse resulterer ikke i ösikkerö viden om en sand og objektiv verden. *Virkeligheden* eksisterer ikke, men derimod eksisterer en række socialt konstruerede virkeligheder. Derfor bydes en mangfoldighed af fortolkninger velkomne [70, 88].

Kvalitativ metode er også udviklet med udgangspunkt i en kritik af den kvantitative metode [89]. Afstandstagen til den kvantitative forskningsmetodes positivistiske præmisser har haft som konsekvens, at størstedelen af kvalitative forskere giver afkald på kausalitetsbegrebet [90, 91]. Denne tendens ses fx ved, at ingen af de store og anerkendte lærebøger om kvalitativ metode behandler kausalitet og enkelte af lærebøgerne fremhæver eksplicit, at kvalitativ metode, ikke kan eller bør udsige noget om kausalitet. Status er således, at den kvantitative forskning stadig har udpræget patent på at udtale sig om kausalitet [71, 91].

Kvalitativ metode er altså ikke gangbar mønt, hvis vi ønsker at undersøge og udtale os om kausalitet. Jeg har tidligere beskrevet nødvendigheden af at åbne TTA-indsatsers sorte boks og undersøge, *hvordan* og *hvorfor* en indsats virker. Men kan jeg anvende kvalitativ metode til at undersøge disse spørgsmål, hvis kausalitet ikke er et anliggende for kvalitativ forskning? Begge spørgsmål indeholder en implicit antagelse om kausalitet ó at vi kan *forklare* en effekt ved blandt andet at identificere kausale mekanismer og working mechanisms. Jeg tror, at kvalitativ metode besidder et stort potentiale til at besvare disse spørgsmål, men det kræver en omvej. Det kræver en transformation og legitimering af kausalitetsbegrebet i kvalitativ metode for at retfærdiggøre, at jeg anvender denne metode. Jeg vil i nedenstående rammesætte denne afhandlings videnskabsteoretiske placering samt kausalitetsforståelse ved at introducere *kritisk realisme* som en alternativ videnskabsteoretisk position. I kritisk realisme transformeres kausalitetsbegrebet, og som vi skal se, åbner denne transformation for kvalitativ forskning som legitim metode til at analysere mekanismer og beskrive kausale processer. Velvidende at min opskrivning og indskrivning af

kausaltetsbegrebet i kvalitativ metode rummer en række mulige problemstillinger (der er altid noget, der glider ud i skyggen, når et nyt lys introduceres), så tror jeg, at der er mere vundet end tabt ved dette forsøg.

7.3 Kritisk realisme – transformation af kausalitet

Kritisk realisme er grundlagt af Roy Bhaskar og ses som et kritisk alternativ til såvel positivisme, hermeneutik og konstruktivisme [47, 83, 92-94]. Den grundlæggende antagelse i kritisk realisme er, at verden eksisterer uafhængigt af, om den erfares, men at virkeligheden også er afhængig af socialt medierede begreber og forståelser [95]. Dermed eksisterer de genstande, man fx i forskning har sat sig for at undersøge, reelt ó men oplevelsen af dem er også socialt medieret. Antagelsen om at virkeligheden både eksisterer og medieres kan genfindes i denne afhandlings tilgang til eksempelvis CMD. I artikel 3 understreges det for eksempel, at vi anerkender, at de sygemeldte oplever reelle og virkelige symptomer, men at deres forståelse og fortolkning af symptomerne er influeret af kulturelle meninger og diskurser.

Bhaskar inddeler virkeligheden i tre domæner med hver deres adgang til et givent objekt: Det empiriske domæne, det faktiske domæne og det virkelige domæne. Det empiriske domæne indeholder vores observationer og erfaringer, mens det faktiske domæne refererer til samtlige fænomener og begivenheder, der eksisterer, uanset om de bliver erfaret eller erkendt. Etableringen af det virkelige domæne er nok det, der især skiller den kritiske realisme fra andre videnskabsteorier: Med det virkelige domæne peger Bhaskar på eksistensen af strukturer og mekanismer, som ikke er direkte observerbare, men som har kausale potentialer, og som kan påvirke begivenheder og fænomener inden for det faktiske domæne [92, 95].

Med denne opdeling inviterer Bhaskar os til at blive opmærksom på de mekanismer, der frembringer og konstituerer hændelser i verden. Ønsker vi at forstå de bagvedliggende kausale mekanismer i en given situation eller kontekst, så må vi bevæge os videre end den umiddelbare registrering, der møder os i det empiriske og faktiske domæne. Vi må bevæge os ind i det virkelige domæne:

öKritisk realisme tegner således et billede af virkeligheden, som ud over observerbare begivenheder indeholder et dybt og ikke direkte observerbart domæne [det virkelige]. I dette nye

verdensbillede udgør fænomener, begivenheder og observationer metaforisk kun toppen af isbjerget, og observerbarhed kan derfor ikke være kriteriet for eksistensö.[92]

Dermed ophøjes de ikke-synlige virkningsmekanismer til at være lige så reelle som dem, der er konkret eller faktisk foreliggende [92, 95, 96]. Og ikke nok med det: De erfaringer, vi spontant gør os på det empiriske domæne, skal vi ikke nødvendigvis tage for gode vare ó de gengiver nemlig ikke altid, hvordan tingene faktisk og virkeligt hænger sammen. Det er således i ödybdenö, at de egentlige kausale mekanismer opererer. Hvor positivisme mere opererer med en horisontal kausalitetsforståelse (når begivenhed A indtræffer, så følger begivenhed B), opererer kritiske realister med en vertikal kausalitetsforståelse, og i årsagsforklaringer henviser man til underliggende og dybe mekanismer [92].

I kritisk realisme argumenterer man for multikausalitet⁶. Komplekse objekter er forsynet med kausale potentialer, men hvorvidt det kausale potentiale aktiveres og producerer en begivenhed på det faktiske domæne afhænger af en kompleks interaktion mellem de mekanismer og betingelser, som gør sig gældende i en bestemt kontekst. Det virkelige domæne indeholder en lang række aktive mekanismer, som gensidigt aktiverer, forstærker, modificerer eller blokerer hinandens konsekvenser og dermed producerer og reproducerer fænomener og begivenheder på de to andre domæner [92, 95].

7.3.1 Kritisk realisme og kvalitativ metode

Kritisk realisme udpeger strukturer og mekanismer som videnskabernes primære studieobjekter [92, 97]. Videnskaben skal forklare og ikke blot beskrive ó og dette gør vi ved at bevæge os fra et overfladefænomen observeret i det empiriske domæne til at beskrive underliggende årsager og mekanismer på det virkelige domæne. Der argumenteres for, at kvalitativ metode bedst understøtter dette projekt [71, 83, 91, 92, 98]. Især inden for uddannelsesforskningen er der en bevægelse i gang, hvor enkelte frontfigurer argumenterer for, at kausalitet er et legitimt og vigtigt område for kvalitativ forskning [71, 83, 91, 99-101]. Joseph A. Maxwell, som er eksponent for denne tendens og inspireret af kritisk realisme skriver:

⁶ Multikausalitet kan sammenlignes med den *systemiske kausalitet*, jeg refererer til i artikel 3.

öAdequate causal explanations in the social sciences depend on the in-depth understanding of meanings, contexts, and processes that qualitative research can provide.ö[91].

Hvor Bhaskar fokuserer på mekanismer som skabende begivenheder, fokuserer Maxwell på *processuel kausalitet*. Med processuel kausalitet mener Maxwell de processer, der forbinder begivenheder, og som relaterer variable til hinanden. Processerne udgøres af forhold og dynamikker i såvel den konkrete kontekst, i den bredere sociale og kulturelle kontekst samt i den enkelte persons overbevisninger, værdier, intentioner og meningsoplevelser [71, 91]. R. Bhaskar beskæftiger sig ikke væsentligt med, *hvilke* metoder der bedst harmonerer med kritisk realisme. Derimod argumenterer han for, at kritisk realisme er en oplagt videnskabsteoretisk ramme for forskning i komplekse temaer (Bhaskar & Danermark (2006) bruger selv helbredsproblemer som eksempel på et sådant tema [97]), som indgår i et virvar af mekanismer fra mange forskellige områder som fx biologi, kultur, psykologi, normativitet etc. [97].

Efter denne større omvej er vi tilbage igen ved min påstand om, at kvalitativ metode er en både relevant og legitim metode til at åbne TTA-projektets sorte boks, identificere working mechanisms samt til at opnå en øget forståelse for TTA-processen for sygemeldte med CMD. Jeg håber, at jeg med dette kapitel har fået støbt et videnskabeligt grundlag, på hvilket kvalitativ metode og kausalitet ikke længere er modsætninger. Den forståelse af mekanismer og processuel kausalitet, som den kvalitative metode kan bibringe os, tror jeg kan berige os med en dybere og mere nuanceret besvarelse af denne afhandlings forskningsspørgsmål. I kapitlet *öDiskussion af metodeö* vender jeg tilbage til forholdet mellem kritisk realisme og IPA, og jeg vil argumentere for, at de supplerer hinanden.

Med udgangspunkt i den her introducerede kausalitetsforståelse, mener jeg, at mine tre artikler kan ses som beskæftigende sig med kausale forhold, idet de hver især præsenterer mulige sammenhænge mellem en række fænomener og betingelser. Men ud over, at der eksisterer en emnemæssig sammenhæng mellem mine tre artikler, mener jeg også, at de skal ses som indbyrdes sammenhængende: Konklusioner fra en artikel indgår som en del af forklaringen på konklusioner i en anden artikel. Kausalitetsdiskussionen har således ikke blot relevans *internt* i den enkelte artikel, men er også et anliggende i forholdet *mellem* mine tre artikler. I næste kapitel diskuterer jeg mine resultater med udgangspunkt i den videnskabsteoretiske position, jeg hermed har indskrevet mig i.

8. Diskussion af resultater

Jeg har i forrige kapitel udfoldet den videnskabsteoretiske position og kausalitetsforståelse, som denne afhandling indskriver sig i. Med udgangspunkt i dette opfordrer jeg til, at mine tre artikler ses som værende i et gensidigt forhold til hinanden. De spejler hinanden, og de tematikker, som den enkelte artikel afdækker, skal (også) forstås i sammenhæng med tematikker i de andre artikler.

Særlig centralt er det, at resultaterne fra artikel 2 kun kan forstås i deres dybde sammen med artikel 1 og 3: De sygemeldtes oplevelse af TTA-projektet og TTA-projektets relevans for dem kan ikke ses som løsrevet fra de sygemeldtes fortid og ej heller fra deres situation her og nu samt deres forventninger til fremtiden.

Men hvilket billede tegner der sig, når vi lægger artiklerne sammen? Artikel 1 har som en af sine hovedkonklusioner, at vi må forstå TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces, hvor den sygemeldtes erfaringer fra fortiden og forventninger til fremtiden har betydning for, hvordan han eller hun navigerer, tænker og føler her og nu i relation til TTA. Denne tilgang til TTA har en række implikationer for den måde, vi kan og skal forstå sygemeldte med CMD, deres TTA-proces og deres oplevelse af TTA-projektet på.

Anskuer vi TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces, så må den ny erhvervede viden fra artikel 3 om stress som en forstyrrelse af selvforståelse, selvværd og realitetssans indgå i vores forståelse af, *hvorfor* den individuelle tilgang synes at have så stor betydning for interviewpersonerne. Jeg har i artikel 3 vist, at videns- og relationsmedarbejderes relation til arbejdet kan betegnes som en sammenfoldning mellem arbejde og identitet. Identitet, arbejdsproces og slutprodukt er for mange blevet uadskillelige og er i en konstant forlængelse af hinanden. Derfor kan arbejdsrelaterede konflikter og problemer forstyrre selvforståelse, selvværd og realitetssans og medvirke til udviklingen af CMD og et langvarigt sygefravær. I artikel 2 gives der et indblik i de sygemeldtes oplevelse af at være sygemeldt med CMD, og det vises, at det at have udviklet et mentalt helbredsproblem kan resultere i skamfølelse og en eksistentiel forstyrrelse. Artikel 1 berører, hvordan medarbejderne med CMD har tendens til at genoptage arbejdet for hurtigt, og at de oplever vanskeligheder i forhold til at respektere deres reducerede arbejdsevne. Vi foreslår i artiklen, at dette kan være et resultat af et stærkt ønske om og en kamp for at genoprette og bevare en positiv selvforståelse som et kompetent, attraktivt og ressourcefuldt individ samt en frygt for afskedigelse.

Jeg mener, at de ovenfor nævnte resultater fra artiklerne er centrale for at udvide vores forståelse af working mechanisms i TTA-projektet.

Jeg vil i dette kapitel sammenkæde resultaterne fra de tre artikler yderligere med hjælp fra litteratur inden for TTA-forskningen såvel som uden for. Indledningsvis vil jeg i afsnittet om instrumentel til eksistentiel logik i TTA-indsatser argumentere for, at vi må supplere en instrumentel logik med en eksistentiel logik i forståelsen af de sygemeldtes TTA-proces. Tilføjelsen af den eksistentielle dimension åbner for en dybere forståelse af, hvorfor den individuelle tilgang er af så central betydning for de sygemeldte. I det efterfølgende afsnit om den individuelle tilgang på trods af forholdene jeg mig til TTA-aktørernes reelle mulighed for at praktisere den individuelle tilgang. For at hæve blikket op over TTA som forsknings- og praksisfelter og sætte disse ind i en større referenceramme tilbyder jeg i afsnittet om det frie men ansvarlige individ en analytisk optik at forstå feltet igennem. I det efterfølgende afsnit om at være unik og ens og modsætningsfuldt eller meningsfuldt behov undersøger jeg et interessant skisma, som er vist, men ikke udfoldet i artiklerne. Nemlig mine interviewpersoners dobbelte behov for både at blive mødt som et unikt individ og være det samme som de andre. Afslutningsvis vil jeg gøre mig refleksioner over, om denne afhandling kan eller skal betragtes som en evaluering af TTA-projektet.

8.1 Fra instrumentel til eksistentiel logik i TTA-indsatser

Mine tre artikler indikerer, at tilbagevenden til arbejdet for sygemeldte med CMD ikke blot er en praktisk proces, hvor det handler om at udrede og vurdere den sygemeldtes arbejdsevne, udarbejde konkrete arbejdstilpasninger for den sygemeldte og skabe en tæt kontakt med arbejdspladsen. Dette er dog bestemt nødvendige og relevante interventionskomponenter [1]. Men tilbagevenden til arbejdet handler ikke bare om tilbagevenden til arbejdet. Det handler om meget mere og meget andet. Og dette meget andet og meget mere er væsentligt at have for øje, når vi søger at forstå og forbedre TTA-interventioners effekt på sygefravær. Det er dette meget mere og meget andet, som denne afhandling viser en flig af.

De tre artikler peger på, at tilbagevenden til arbejdet ikke blot er en tilbagevenden til arbejdet og men også en tilbagevenden til sig selv. Processen er således ikke blot en konkret fysisk bevægelse hen til eller væk fra en tidligere arbejdsplads, men (også) en eksistentiel bevægelse og proces for den konkrete sygemeldte. TTA-projektet møder således ikke blot sygemeldte med CMD i et instrumentelt *forløb*, men også i en eksistentiel *proces*. Også andre studier har peget på den

identitetsmæssige dimension for sygemeldte, samt at udviklingen af CMD og CMD-relateret sygefravær er forbundet med skam og skyld [102-105].

At så centrale kræfter som forstyrrelse af identitet, selvforståelse, selvværd samt negative følelser som skam og skyld er en del af de sygemeldtes proces er vigtigt at medtænke i forståelsen af, *hvorfor* den individuelle tilgang og en kvalitetsfuld relation mellem sygemeldt og TTA-aktører er af så afgørende betydning. TTA-aktørerne har mulighed for at rehabiliterer, skabe motivation og øge TTA-paratheden ó men de besidder også muligheden for at destabilisere den sygemeldtes identitets- og realitetsfølelse yderligere. Jeg har identificeret den individuelle tilgang som en central working mechanism, og betydningen af denne er søgt relateret til artikel 1 og 3 samt underbygget med udgangspunkt i viden om de non-specifikke faktorer i artikel 2.

Det er centralt, at TTA-aktørerne har den eksistentielle dimension for øje og praktiserer den individuelle tilgang, hvis de skal tildeles en position som legitime eksperter, og jeg peger på, at den tværfaglige organisering kan øge sandsynligheden for dette. TTA-aktørernes status som legitime eksperter er afgørende for, at TTA-aktørerne reelt kan bistå de sygemeldte i deres TTA-proces. Både artikel 1 og 2 viser, at de sygemeldte oplever det som vanskeligt at bedømme, hvornår og hvordan de er i stand til at vende tilbage til arbejdet. Som mulige forklaringer på dette peger artiklerne på, at de sygemeldte kan opleve modstridende råd og interesse fra forskellige systemer, samt at de oplever væsentlige og uforudsigelige fluktuering i deres symptomniveau. De modsatrettede råd og den fluktuerende tilstand aktualiserer et behov for professionelle, hvis fortolkninger og råd, man har tillid til og kan navigere efter. Også andre studier peger på sygemeldtes behov for autoriteters fortolkning af deres CMD og sygefraværet [103, 106].

TTA-projektet (og andre TTA-indsatser) kan således ikke blot anskues ud fra en mere lineær og instrumentel logik om at afdække arbejdsevne, udarbejde TTA-planer, tilbyde aktive tilbud og forslag til arbejdsmodifikationer. I så fald overser vi den eksistentielle dimension, og vi risikerer at nedprioritere betydningen af den individuelle tilgang og de non-specifikke faktorer i udarbejdelsen af fremtidige TTA-indsatser samt evalueringen af disse.

Andre studier beskæftiger sig delvis med samme tematikker ó dog i en mere deskriptiv tilgang og uden at bevæge sig yderligere ind i de eksistentielle tematikker. Som påpeget i artikel 2, viser studier, at sygemeldtes oplevelse af mødet med rehabiliteringsprofessionelle har betydning for

udfaldet af deres sygefravær samt deres selvvaluerede evne til og motivation for TTA [50, 107-112]. En netop publiceret meta-syntese af Kilgour et al. (2014) konkluderer med udgangspunkt i 13 kvalitative studier med injurerede medarbejdere med somatiske helbredsproblemer, at de professionelle, som den sygemeldte interagerer med i sin TTA-proces, besidder potentiale til at helbrede og skadeforvolde de sygemeldte. De identificerer 17 faktorer af betydning for, om de professionelle har en positiv (2 faktorer) eller negativ indflydelse (15 faktorer), og som positive faktorer angives netop de professionelles evne til at respektere den injurerede medarbejder og forstå dennes individuelle behov [113]. To andre studier med henholdsvis sygemeldte med arbejdsrelateret stress og sygemeldte med muskel-skeletbesvær peger ligeledes på, at de professionelle skal indtage en klient-centreret tilgang [114, 115].

Afsnittets overskrift lyder öfra instrumentel til eksistentiel logikö. Dette er på ingen måder en argumentation for, at vi skal forlade den instrumentelle forståelse af TTA. Artikel 2 argumenterer for, at den individuelle tilgang er en central forklaringsmekanisme i de sygemeldtes udbytte af TTA-projektet, men slår også fast, at den individuelle tilgang er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig ingrediens for at fremme TTA. Artikel 1 peger på en lang række andre faktorer (internt i individet, på arbejdspladsen og mellem systemerne), som sygemeldte med CMD også oplever som hæmmende og fremmede for deres TTA-proces. Med udgangspunkt i den kritiske realisme samt analyserne af mit datamateriale, er det således fortsat nødvendigt også at være opmærksom på andre hæmmende og fremmede mekanismer og faktorer indlejret i og imellem de systemer, som de sygemeldte interagerer med.

8.1.1 Praktisering af en individuel tilgang på trods?

Det påpeges i artikel 2, at der kan være nogle strukturelle betingelser, som vanskeliggør TTA-aktørernes praktisering af den individuelle tilgang - herunder TTA-aktørernes rolle som både hjælpere og myndighed i den sygemeldtes TTA-proces. Jeg vil i dette afsnit reflektere over en række iboende forhold i ó men også forhold omkring TTA-projektet -, som kan udfordre TTA-aktørernes mulighed for at praktisere den individuelle tilgang. I figur 2 er vist fire overordnede betingelser og forhold, som potentielt kan hæmme praktiseringen af den individuelle tilgang. De er listet i fire forskellige grupper, men i praksis kan de ikke afgrænses så tydeligt, som her angivet. Derudover skal det

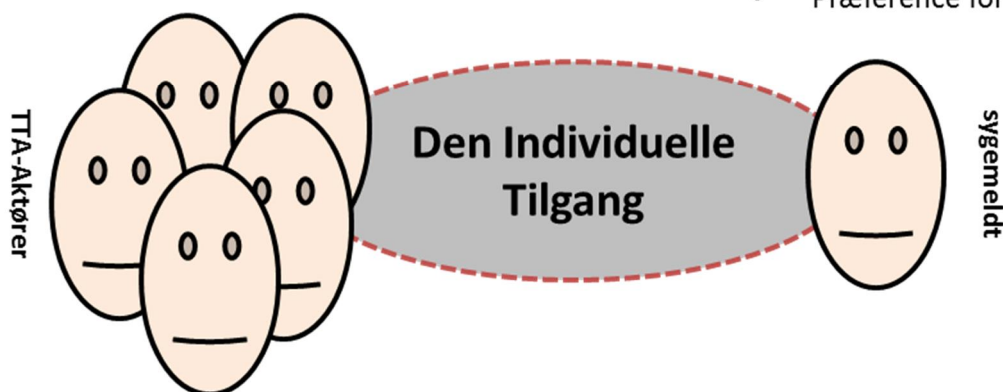
fremhæves, at jeg i mine tre artikler ikke har dokumenteret tilstedeværelsen af alle de betingelser og forhold, der listes i figuren. Figuren er udviklet på baggrund af egen empiri samt anden teoretisk og empirisk litteratur, som er berørt i artiklerne eller sammenfatningen for afhandlingen. Figuren søger i overensstemmelse med kritisk realisme og realistisk evaluering at bibringe en dybere forståelse af de strukturelle og kontekstuelle betingelser, der påvirker og vanskeliggør - TTA-aktørernes praktisering af den individuelle tilgang (ud over deres egne kvaliteter og kompetencer). Figuren har til hensigt at tegne et om end spekulativt billede af den multikausalitet, som kritisk realisme argumenterer for. TTA-aktørernes praktisering af den individuelle tilgang eksisterer således ikke i et vakuum, men i et virvar af andre strukturer og mekanismer med betydning for eksekveringen af den individuelle tilgang. Ønsker vi at forbedre kvaliteten af relationen mellem sygemeldt og TTA-aktør er løsningen dermed ikke blot bedre uddannelse af TTA-aktører. Vi må også have et kritisk blik for strukturelle betingelser samt mekanismer, der bag vores ryg påvirker udformningen og implementeringen af TTA-indsatser som TTA-projektet, så vi ikke skaber ugunstige vilkår for centrale working mechanisms. Centrale working mechanisms, som måske netop afgør, om potentialerne i en indsats forløses.

Magt

- Ulige magtforhold
- Risiko for umyndiggørelse
- Eksistentiel og økonomisk afhængighed af kommunen

Standardisering i TTA-Projektet

- Standardisere afklaringsamtaler
- Forholdsvis standardiserede aktive tilbud
- Præference for kognitiv metode



Lovgivning

- Refusion til kommunen ved aktive tilbud 10 timer om ugen
- TTA-aktører må ikke behandle
- Økonomisk attraktivt at "lukke sager"

Logikker

- Hurtig TTA er god TTA
- Langvarigt sygefravær er "farligt"
- Det er godt at være i gang – men på bestemte måder
- Biopsykosocial referenceramme

Figur 2: Betingelser og forhold der kan vanskeliggøre praktiseringen af den individuelle tilgang

Artikel 2's påpegnelse af vigtigheden af den individuelle tilgang samt dette afsnits beskrivelse af strukturelle betingelser og mekanismer, som potentielt vanskeliggør praktiseringen af den, kan afstedkomme overvejelser om, hvor stor forskel, der *reelt* er på indsats og care as usual, hvis indsatsen, som TTA-projektet, er underlagt fuldstændig samme lovgivning som care as usual?

8.2 Yderligere implikationer af TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces

Min etablering af TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces illuminerer nogle potentielle udfordringer, som TTA-aktører, arbejdsgivere og sygemeldte skal være opmærksomme på. Eksempelvis viser vi i artikel 1, at lederens opbakning og støtte er central i TTA-fasen, hvilket også andre studier finder [116-119]. Men artikel 3's påpegnelse af, at lederen også kan have haft en ó om end ikke intenderet ó rolle i eskaleringen af CMD afslører en paradoks situation og potentiel

konflikt: For hvordan kan den leder, som nogle medarbejdere oplever som ömedskyldigö i udviklingen af CMD og langvarigt sygefravær, være en del af lösningen? Dette er ikke for at sige, at det ikke er muligt ö men det kræver, at især TTA-aktører er opmærksomme på og har forståelse for denne dynamik: Nogle sygemeldte kan potentielt have oplevelsen af, at lederen ö groft formuleret - skifter position fra at være bøddel til at være sygeplejerske. Et studie viser, at konflikt mellem den tilbagevendte medarbejder med CMD og dennes leder öger risikoen for gentagne sygefravær signifikant [3], og da 20-30 % af medarbejdere tilbagevendt efter CMD-relateret sygefravær gensygemeldes [3], synes det nødvendigt, at TTA-aktører har öje for relationen mellem medarbejder og leder både inden, under og efter sygefraværet.

At betragte TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces åbner ligeledes for indsigt i en mulig parallelproces i forhold til nogle sygemeldtes oplevelse af lederen og TTA-aktørerne. I artikel 3 beskriver jeg, hvordan lederen for nogle sygemeldte op til sygemelding indtager en position som öden almægtige lederö, og jeg argumenterer for, at lederens definitionsradius og definitionsmagt er udvidet. Det er relevant at være opmærksom på ligheder og potentiel forstærkning mellem magtforholdet sygemeldt-TTA-aktører og magtforholdet medarbejder-leder. Måske vi kan udvide vores forståelse af, hvorfor nogle sygemeldte reagerer ganske kraftigt på TTA-aktørernes vurdering og fortolkning af dem ved at inddrage viden fra artikel 3 om dynamikken mellem leder og medarbejder. En tese kan være, at det kan forstærke den sygemeldtes modstand mod TTA-aktørernes fortolkning af ham eller hende, hvis den sygemeldte har haft en problematisk relation til sin leder inden sygemeldingen. En sådan forudgående erfaring kan indikere en ekstra sårbarhed over for yderligere forstyrrelse af selvforståelse og realitetssans. Den individuelle tilgang kan potentielt bibringe den sygemeldte et supplement til (gen)oprejsning som selvstændigt, værdigt og værdifuldt individ. Axel Honneths anerkendelsesteori [120], som introduceres i artikel 3, kunne vise sig brugbar til en dybere forståelse af relationen mellem sygemeldt og TTA-aktører.

Forståelsen af TTA som en kontinuerlig og sammenhængende proces har som vist en række implikationer. Forskningen peger på, at gensygemeldinger hos sygemeldte med CMD er en central problemstilling [3, 4]. Måske denne afhandlings resultater kan indgå som en del af forklaringen ö og en del af lösningen ö på denne alvorlige problematik.

8.3 Det frie men ansvarlige individ

TTA som forsknings- og praksisfelter eksisterer ikke i et vakuum. I tråd med kritisk realisme kan felterne ses som interagerende med en række andre felter. Jeg ønsker i dette afsnit at indsætte felterne og mine egne resultater i en større referenceramme, for at undersøge og tydeliggøre de præmisser og logikker, som præger TTA-forskningen og TTA-praksis, men som sjældent ekspliciteres.

Jeg har vist gennem egen empiri og underbygget med anden forskningslitteratur, at udviklingen af CMD og dertil relateret langvarigt sygefravær er forbundet med skyld og skam samt selvværds- og identitetsforstyrrelse. Jeg ønsker dog at udfordre ó eller udfolde - sammenhængen mellem udviklingen af CMD og dertil relaterede negative følelser. For denne sammenhæng er ikke nødvendigvis given og altid-allerede eksisterende. Nikolas Roses teser om *the enterprising self* kan åbne vores forståelse af etableringen af denne sammenhæng netop nu i vores samtid. The enterprising self er Roses betegnelse for den subjektivering og subjektposition, som individer i neoliberale samfund forstår sig selv og andre igennem. Jeg vil ikke fremføre den teoretiske baggrund, som Rose bygger på (i særdeleshed Michel Foucaults magtteori [121-124]), men i stedet koncentrere mig om konsekvenserne af denne subjektivering.

Nikolas Rose argumenterer for, at individet i neoliberale samfund er subjektiveret som frie, autonome og ansvarlige, og han argumenterer for, at neoliberale individer subjektiveres som subjekter, der hver især:

óí is to aspire to autonomy, it is to strive for personal fulfilment in its earthy life, it is to interpret its reality and destiny as a matter of individual responsibility, it is to find meaning in existence by shaping its life through acts of choice.ö[125].

Rose anvender betegnelsen *the enterprising self* for det neoliberale individs subjektivitet [125]. Det neoliberale individ er livet igennem ansporet til at gøre sig selv til et projekt, og det stræber efter lykke, udvikling og en høj livskvalitet. Men vigtigst af alt subjektiveres det neoliberale individ som værende frit og autonomt, hvormed det gøres og ser sig selv som ansvarlig for sin personlige succes, præstationer, tilfredsstillelse og ikke mindst fiasko [126].

Nikolas Rose & Carlos Novas argumenterer for, at der som konsekvens af dette er sket en udvidelse i individets ansvarlighed over for eget legeme og sundhed. Det neoliberale individ forventes ikke

blot at være ansvarligt og aktivt i forhold til dets selv, men også i forhold til dets biologi, genetik og legeme i kampen for forbedringer af helbredet. Det neoliberale individ har fået, hvad Nikolas Rose & Carlos Novas betegner som *biological citizenship* [127]:

“Activism and responsibility have now become not only desirable but virtually obligatory - part of the obligation of the active biological citizen, to live his or her life through acts of calculation and choice.” [127]

Har individet udviklet en sygdom, eller er det blevet vidende om, at han eller hun er disponeret for udviklingen af en måske arvelig sygdom, er den biologiske borger forpligtet til at: *“It take appropriate steps, such as adjusting diet, lifestyle, and habits in the name of the minimization of illness and the maximization of health.”*[127].

I og med individet forstår sig selv - og forstås af andre - som frit, bliver det oplagt for det selv og andre at slutte, at det dermed også har friheden til at undgå eksempelvis udviklingen af CMD og sygefravær. Dernæst at det også har friheden til og det centrale ansvar for at transformere sygdom til sundhed og sygefravær til arbejde.

8.3.1 Det frie men ansvarlige sygemeldte individ

At man overhovedet er begyndt at tilbyde TTA-interventioner til sygemeldte, kan også ses i sammenhæng med denne forståelse af det moderne vestlige individ. Som tidligere nævnt er der sket et skift i den optik, man anskuer helbredsproblemer, sygefravær og TTA igennem. Hvor den biomedicinske tilgang dominerede før, abonnerer de fleste nu på en biopsykosocial forståelse og tilgang. En tilgang som bringer individets ansvar og mulighed for aktivt at påvirke sin situation tilbage i ligningen. Det er ikke min hensigt at opponere mod dette, men derimod at skabe opmærksom om, at (også) denne oftest implicite grundantagelse influerer på, hvordan forskere, TTA-aktører, sygemeldt og arbejdsgiver tænker om og agerer i forhold til TTA-processen. Dette kommer fx til udtryk i artikel 1, hvor vi finder, at ledere og kollegaer udøver mere støtte til sygemeldte, hvis CMD vurderes at være forårsaget af eksterne forhold som dødsfald i nærmeste familie, mens sygemeldte med CMD forårsaget af forhold som dårlig økonomi, skilsmisse og mangelfuld coping med arbejdsforhold - faktorer som den sygemeldte potentielt kunne have haft indflydelse på - tildeles mindre social støtte. Ligeledes kan artikel 1 og 3 identificering af, at de

sygemeldte tilskriver egne personlighedstræk som årsager til CMD og som hæmmende for TTA, og at de udtrykker skyld og skam over deres situation, tolkes som en konsekvens af subjektivering som the enterprising self.

Forståelsen af den sygemeldte som både frit og ansvarligt genfinder vi også i det faktum, at interventioner rettet mod copingstrategier er blandt de mest udbredte psykologiske interventioner i TTA-forløb for sygemeldte med somatiske og/eller psykiske helbredsproblemer [26]. Psykoedukative teknikker, som også TTA-projektet anvender, baserer sig grundlæggende på den logik, at deltageren gennem den tilegnede viden vil tage et større ansvar for sin situation, hvormed funktionsniveau og trivsel tilsvarende vil øges [128-131]. Det er således afgørende for interventionens succes, at den sygemeldte accepterer og handler efter forestillingen om det ansvarlige individ [132] og abonnerer på den biopsykosociale referenceramme frem for den biomedicinske i sin TTA-proces.

I videnskabelige publikationer etableres individets psykiske modalitet også som en central forklaringsfaktor for udfaldet af et sygefravær ved både mentale og somatiske helbredsproblemer. En undersøgelse konkluderer, at både sygemeldte, ledere og arbejdsmedicinere peger på personlighed/coping problemer og depressive symptomer som de mest hæmmende faktorer for TTA [133], og en række artikler beskæftiger sig med og argumenterer for en sammenhæng mellem TTA og individets sygdomsforståelse [134-136], copingstrategier [137], self-efficacy [5, 31, 32] og motivation [22]. Også artikel 1 fremhæver perfektionisme, høj ansvarsfølelse og lav self-efficacy som hæmmende faktorer. Således synes forskningen at dokumentere, at individets indre psykiske modalitet har betydning for sandsynlighed og tidspunkt for TTA. Vi er dog i risiko for at drage forenkede slutninger. For selvom den biopsykosociale sygdomsforståelse har vundet stor udbredelse også i forskningen, så er der en tendens til, at man undersøger de enkelte komponenter adskilte frem for at undersøge reciproke sammenhænge mellem de biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Dermed kan vi overse den lige så oplagte slutning (som egentlig indeholdt i den biopsykosociale forståelse), at graden af fx self-efficacy må forstås og undersøges som afhængende af sociale forhold (hvilken feedback og tilkendegivelser møder den sygemeldte fra fx arbejdsplads og rehabiliteringssystem?) samt afhængende af biologiske faktorer (i hvilken grad influerer depressive symptomer på graden af self-efficacy?). Denne afhandling peger på, at hverken tidsperiode eller faktorer i TTA-processen kan afgrænses og adskilles i isolerede enheder. Derfor

må forskere såvel som TTA-aktører have blik for reciproke påvirkningsprocesser og tænke i systemisk frem for lineær kausalitet.

Jeg vil afslutningsvis påpege, at jeg i artikel 1 også selv har været skyldig i en adskilt fremstilling af TTA-hæmmende og TTA-fremmende faktorer tilhørende henholdsvis individet og arbejdspladsen. Vi skriver i artikel 1, at den sygemeldtes høje ansvarsfølelse, perfektionisme og lave self-efficacy hæmmer TTA, men med udgangspunkt i artikel 3 og egentlig også artikel 1's egen konklusion om TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces - vil jeg udfordre den forståelse af individuelle faktorer, som såvel de otte primærstudier som artikel 1 fremskriver. I artikel 3 argumenterer jeg for multikausalitet, og for at personrelaterede faktorer ikke skal ses som övirkelige entiteter i psyken, men i stedet forstås i relation til den kontekst, individet indgår i (fx kognitiv kapitalisme og lokale praksisser på arbejdspladsen). I artikel 1 er perfektionisme, ansvarsfølelse og lav self-efficacy placeret pænt i en lille lukket kasse, som individet bærer med sig fra sted til sted. Denne slags reducerende og forenklerende resultater kan have som konsekvens, at vi overprioriterer individ- og personlighedsrelaterede interventionskomponenter i TTA-indsatser fremfor arbejdspladsorienterede indsatser.

8.4 At være unik og ens – modsætningsfuldt eller meningsfuldt behov?

Artikel 2 peger på et interessant skisma og tilsyneladende paradoks, som ikke er udfoldet i artiklen, men som jeg vil berøre her: De sygemeldte formulerer et behov for at blive set og mødt som et unikt individ, der mødes på egne præmisser (som den individuelle tilgang orienterer sig imod) samtidig med, at de fremhæver behovet for og udbyttet af at forstå sig selv igennem det fællesskab, som de gruppebaserede psykoedukative forløb i TTA-projektet tilbyder dem. Som et af citaterne i artikel 2 illustrerer:

"My God, am I the only one or does anybody else feel the same? Then we sit there talking about it, well, and then, oh God, we are not alone. Then I am not the only one, and then you are not the only one." (Kvinde, 59 år).

Der synes altså at være et interessant dobbeltbehov tilstede hos de sygemeldte: Et behov for at være unik og et behov for at være ödet sammeö. Den individuelle tilgang tjener således ét formål

(etableringen af det konkrete subjekt), mens de psykoedukative gruppeforløb tjener et andet formål; nemlig normalisering af den sygemeldte gennem et fællesskab med andre, der har det på samme eller lignende måde. Gruppeforløbene har altså potentiale til momentant at opløse de individualiseringskonsekvenser, som Rose påpeger, og dermed reducere skyld og skam. Måske de sygemeldtes dobbelte behov for både at blive set som noget unikt og som ödet sammeö kan forstås som en reaktion både ind i og mod tendensen til individualisering?

Andre studier, som har undersøgt deltagernes udbytte af psykoedukative gruppeforløb eller supportgrupper, fremhæver ligeledes deltagernes positive udbytte af at opleve, at man ikke er alene med sine problemer, og at andre har tilsvarende oplevelser [138-140]. Sådanne oplevelser har potentiale til at reducere skam, skyld og ensomhed [138, 139].

Irvin D. Yalom og Modyn Leszcz (2005), som er centrale figurer inden for eksistentiel- og gruppeterapi, argumenterer for, at dette öat være det sammeö er en central komponent i gruppeterapeutiske processer, og han betegner det *Universality*. Universality dækker over gruppedeltagernes oplevelse af, at det, de går igennem, og det, de oplever og erfarer, er universelt. Derigennem erfarer de, at de ikke er alene med deres vanskeligheder [141]. De sygemeldtes positive oplevelser af TTA-projektets psykoedukative gruppeforløb kan altså forstås ud fra deres potentiale til at bibringe dem oplevelsen af universalitet. Yalom & Leszcz påpeger, at oplevelsen af og vigtigheden af universalitet ikke blot er begrænset til gruppepsykoterapi. Universalitet spiller også en rolle (om end med begrænset mulighed for fællesskabets validering) i individuel terapi, hvor terapeuten kan tilbyde universalitet gennem spejlinger og bevidning om, at det, som klienten oplever, har universel ö og måske dermed normal ö karakter [141]. I de individuelle samtaleforløb i TTA-projektet kan TTA-aktörerne således etablere den sygemeldte som et konkret og unikt menneske gennem den individuelle tilgang, mens de gennem deres position som legitime eksperter kan bevidne det universelle i den sygemeldtes situation.

Det kan forholde sig sådan, at behovet for universalitet er størst ved mere negative, skamfulde og problematiske tilstande, mens vi ved mere positive og ønskværdige tilstande og egenskaber har præference for at tilskrive det unikhed. Det kan være relevant at være opmærksom på denne forskel i interventionsmæssig sammenhæng.

Om end psykoedukative gruppeforløb synes relevante som interventionskomponent i TTA-sammenhæng, så overskrides de udfordringer, som bliver rejst i artikel 2 ikke: Der kan opstå etiske

dilemmaer og potentielle barrierer i forhold til etableringen af en kvalitetsfuld relation mellem sygemeldt og TTA-aktør, hvis denne har en bestemt dagsorden og mål med indsatsen.

8.5 Afsluttende refleksion. At være eller ikke være et evalueringsprojekt er spørgsmålet. Eller er det?

Et centralt, men vanskeligt spørgsmål at besvare er, hvorvidt denne afhandling kan betragtes som en (del)evaluering af TTA-projektet? Besvarer vi dette spørgsmål med udgangspunkt i logikken i det medicinske evidenshierarki [86], er svaret et utvetydigt *öNejö*. Sammenholder vi afhandlingen med realistisk evaluerings fokus på *öHvad virker for hvem under hvilke betingelser ó og hvorfor?ö* [47, 48, 142], er svaret heller ikke et klart *öJaö*. Min genstand er ikke TTA-projektet som sådan. Min genstand er de deltagende sygemeldte med CMD og med udgangspunkt i analyse af deres udvikling af CMD-relateret sygefravær, deres TTA-proces og oplevelse af TTA-projektet har jeg identificeret centrale working mechanisms i TTA-projektet.

Carol Weiss (1997) argumenterer for, at man i evaluering af indsatser skelner mellem *implementeringsteori* og *programteori* [143]. Hvor implementeringsteorien beskæftiger sig med, om indsatsen er implementeret som planlagt og udført med tilstrækkelig kvalitet og intensitet, så beskæftiger programteorien sig med:

öí the mechanisms that intervene between the delivery of program service and the occurrence of outcome of interest. It focuses on participantsö responses to program services. The mechanisms of change are not the program service per se but the response that the activities generateö. [143]

Med udgangspunkt i Weissöskelnen kan TTA-rapportens procesevaluering karakteriseres som overvejende implementeringsteori, mens denne afhandling kan karakteriseres som en programteori. Men som en programteori, der tager omveje i forhold til TTA-projektet, og som bevæger sig bredere og dybere end *öbareö* i relation til TTA-projektet. En programteori, der orienterer sig mod både det virkelige domæne og det faktiske domæne og som giver bud på dybe mekanismer, detaljerige fænomener og konkrete working mechanisms.

Og så tilbage til spørgsmålet. Denne afhandling handler således om meget mere og meget mindre end TTA-projektet. Den er på en og samme gang større og mindre end en (del)evaluering af TTA-projektet. Større, fordi den beskriver TTA-processen som en kontinuerlig og sammenhængende

proces og derfor også omhandler perioden op til sygemeldingen. Større, fordi den afdækker underliggende mekanismer samt generelle fremmende og hæmmende faktorer for TTA. Mindre, fordi afhandlingen ikke indeholder en systematisk og udtømmende afdækning af interventionskomponenter i TTA-projektet; mindre, fordi den ikke omfatter en systematisk redegørelse for kontekstuelle faktorer af betydning for TTA-projektet; og mindre, fordi jeg undersøger en selekteret deltagergruppe.

Men hvad hvis vi omformulerer spørgsmålet til: Kan resultaterne fra denne afhandling anvendes til at forbedre fremtidige TTA-indsatser for sygemeldte med CMD og måske også forebygge CMD-relateret langtidssygefravær? Til dette spørgsmål er mit svar et rungende öJaö. Den viden, der er genereret i denne afhandling, bør medtænkes i udarbejdelsen af fremtidige TTA-indsatser⁷ samt i det forebyggende arbejde for CMD-relateret sygefravær.

Jeg vil dog afslutningsvis advare imod, at resultaterne fra denne afhandling anskues for mekanistisk. Mennesker er ikke billardkugler, der blot reagerer som kalkuleret på interventioner. Min hensigt med afhandlingen har været at overskride reduktionisme, men jeg er selv i risiko for at reducere kompleksitet og dynamik:

öThere is also the danger that mechanism based explanation becomes associated with a ÷machineøimagery of social programs or evaluators treat mechanisms as if they are stand-alone little theories that replace the need to engage with substantive social science theory.ö [49]

Jeg håber, at jeg i artiklerne og sammenfatningen har undgået at reducere de komplekse, reciproke og sociale processer til møtrikker og tandhjul. Men om jeg er lykkes med dette, er også et spørgsmål om min sproglige og formuleringstekniske formåen. Kvalitativ forskning er nemlig også en litterær praksis [145], og jeg er endnu kun novice i denne disciplin.

⁷ Et nyere studie åbner desuden for en kritisk refleksion over, hvad vi skal definere som succesfulde TTA-outcomes, da forskerne finder, at tilbagevendte medarbejdere, ledere og arbejdsmedicinere har forskellige definitioner af succesfuld TTA [144].

9. Diskussion af metode

Der foregår en løbende og passioneret diskussion om, hvordan man skal vurdere kvaliteten af kvalitative forskningsstudier [89, 146]. I den ene fløj argumenteres der for, at kvalitativ og kvantitativ metode tilhører to forskellige paradigmer, hvorfor kvalitative studier ikke skal underlægges den kvantitative metodes krav om reliabilitet, validitet, repræsentativitet og generaliserbarhed [147, 148]. Den anden fløj argumenterer for, at kvalitativ forskning bør vurderes ud fra samme kriterier som kvantitativ metode, men at disse skal operationaliseres anderledes, så de tager højde for forskelle mellem de to metoder [145, 149-152].

Så hvilke kvalitetskriterier vil jeg appellere til anvendes i vurderingen af mit forskningsprojekt? Jeg har i sammenfatningen problematiseret fraværet af det konkrete menneske, som den positivistiske logik og den kvantitative metode kan afstedkomme. Men da jeg tror på og ønsker en konstruktiv dialog mellem kvalitative og kvantitative forskere, og da jeg ikke ser de to metoder som adskilte paradigmer, har jeg valgt at diskutere mit forskningsprojekt med udgangspunkt i kvantitativ forsknings kvalitetskriterier ó men udlagt i overensstemmelse med kvalitativ metode [149-152]. Dette valg er desuden ó og ikke mindre vigtigt ó i overensstemmelse med IPAø og kritisk realismes antagelse om, at fænomener og virkelighed faktisk eksisterer, hvorfor nogle beskrivelser med rette kan siges at være mere rigtige end andre. I diskussionen af mit forskningsprojekts styrker og mangler tager jeg desuden udgangspunkt i de kvalitetskriterier, som er anvendt i artikel 1 til at kvalitetsvurdere de inkluderede studier i meta-syntesen [146].

Jeg vil indledningsvis diskutere IPA, hvorefter jeg i et samlet afsnit forholder mig til *reliabilitet og validitet*. Dernæst diskuterer jeg i to separate afsnit *repræsentativitet* og *generaliserbarhed*. Jeg vil i øvrigt henviser til mine tre artikler for artikelspecifikke metodediskussioner.

9.1 IPA ó en relevant men utilstrækkelig metode

I dette afsnit peger jeg på nogle udfordringer i anvendelsen af IPA, og jeg foreslår, at kritisk realisme kan kompensere for nogle af disse. Derefter problematiserer jeg, om IPA med rette kan betegnes som en fænomenologisk metode.

9.1.1 IPA og kritisk realisme – supplerende eller konfliktende?

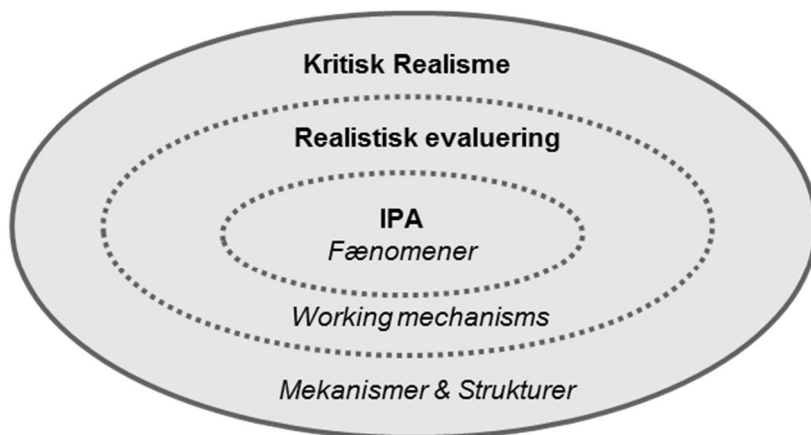
IPA's udgangspunkt i individet, dets oplevelser og levede erfaringer gennem indefra-og-ud beskrivelser har vist sig at være en brugbar metode til at overskride den reduktion af mennesket, som den kvantitative metode kan afstedkomme. Men IPA's fokus på det konkrete menneske kan medføre negligering af strukturelle og materielle betingelser, som påvirker subjektets oplevelse og håndtering af et givent fænomen. For at kompensere for dette har jeg i sammenfatningen introduceret kritisk realisme. Men er IPA og kritisk realisme forenelige? Eksempelvis er kritisk realismes interesse for mekanismer, strukturer og kausalitet ikke en del af IPA's (eller den øvrige fænomenologis) teoretiske fundament eller erklærede formål med at undersøge fænomener [66]. I IPA (og fænomenologien generelt) er man interesseret i afdækning og præcisering af fænomener frem for relationen og forholdet fænomener imellem [60].

Jeg vil foreslå, at min introduktion og anvendelse af kritisk realisme anskues som et *supplement* til fremfor et *brud* med IPA. Et supplement, da begge videnskabsteoretiske positioner abonnerer på antagelsen om andre lag end det direkte observerbare. Hvor IPA søger at skrælle den samfundsmæssige og socialiserede dimension af ved at sætte dem i parentes, gør kritisk realisme os opmærksomme på kausalitet og mekanismer på det virkelige domæne, som relaterer fænomenerne til hinanden. IPA har hjulpet mig med at generere præcise og udførlige beskrivelser af de undersøgte fænomener ó hvilket også kritiske realister påpeger vigtigheden af [153], mens kritisk realisme har hjulpet mig til at forstå disse fænomener i relation til hinanden og i relation til mekanismer og strukturelle betingelser på det virkelige domæne. Jeg finder således, at de to metoder kompenserer for hinandens svagheder: Kritisk realisme overskrider IPA's individualisering og IPA bibringer et præcisionsniveau i fænomenbeskrivelserne, som kritisk realisme kan negligere.

Jeg har tidligere refereret til realistisk evaluering, og jeg har været inspireret af dens metafor om *den sorte boks* i min præcisering af afhandlingens interesseområde. Jeg vil derfor afslutningsvis kort opridse, hvordan jeg anskuer forholdet mellem realistisk evaluering, kritisk realisme og IPA.

Realistisk evaluering er bl.a. inspireret af kritisk realisme [47]. Men hvor man i realistisk evaluering i tråd med CMO-konfigurationen er interesseret i at afdække kausale mekanismer i en konkret indsats i en konkret kontekst, så interesserer kritisk realisme sig for mere generelle, flydende og dybere mekanismer i et virvar af relationer til andre mekanismer. Jeg tror, at kritisk realismes orientering mod generelle mekanismer kan hjælpe os til bedre at forstå, perspektivere og udfolde de interventionsspecifikke kausale mekanismer, som realistisk evaluering fokuserer på. Med andre ord: Vi må forstå mere end TTA-projektet og mere end de sygemeldtes oplevelse af dette for reelt at

forstå TTA-projektet og dets working mechanisms. Forholdet mellem kritisk realisme, realistisk evaluering og IPA er ó med risiko for forenkling - søgt angivet i Figur 3:



Figur 3: Forholdet mellem kritisk realisme, realistisk evaluering og IPA

9.1.2 IPA eller IA?

Amedeo Giorgi, som er en af de førende forskere inden for fænomenologisk kvalitativ analyse, argumenterer for, at IPA ikke med rette kan kalde sig fænomenologisk. Han anklager IPA for ikke reelt at anvende centrale fænomenologiske metodikker som *sætte-i-parentes*, *reduktion* og *free imaginative variation*. Derudover kritiserer Giorgi IPA for at blande en række fænomenologiske teoretikere sammen uden tydeligt at angive, hvordan IPA placerer sig i forhold til deres interne forskelle [59, 67, 154]. For at afgøre om Giorgi har fuldstændig ret i sin kritik af IPA, kræves en omfattende indsigt i de interne konflikter fænomenologiens grundlæggere imellem, som jeg ikke besidder. Men jeg medgiver, at grundlæggerne af IPA fokuserer mere på den tilsyneladende produktive og lineære udvikling af fænomenologien frem for på årsagerne til, at man taler om forskellige retninger inden for fænomenologien [59, 67, 154]. Jeg tror dog ikke, at IPA's eklekticisme har direkte konsekvenser for mine resultater, da jeg ikke har været styret af IPA. Mere relevant for min afhandling er Giorgis kritik af, at IPA's grundlæggere åbner op for en fleksibel frem for en stringent anvendelse af IPA [59, 154]. Hvor andre, som tidligere nævnt, fremhæver kvaliteten af at tilpasse metoden til det konkrete forskningsprojekt [70], så mener Giorgi, at det gør analysearbejdet ugenomsigtigt [59]. Jeg har i mit analytiske arbejde valgt at følge Brinkmanns metafor om den kvalitative forsker som *craftsman*, mens jeg i sammenfatningen har forsøgt at

imødekomme Giorgiøs krav om gennemsigtighed ved en detaljeret beskrivelse af, hvordan mine analyser og resultater er blevet til.

9.1.3 Grounded Theory – en alt-i-et-løsning?

Grounded Theory (GT) udlægges oftest som hovedalternativet til IPA [60], og med udgangspunkt i de listede kritikpunkter af IPA er det relevant at stille spørgsmålet, om det havde været mere hensigtsmæssigt at anvende GT [155]. GT har udgangspunkt i den sociologiske tradition og symbolsk interaktionisme. Forskningsprojekter med udgangspunkt i GT fokuserer typisk på adfærd, handlinger og sociale processer, da antagelsen er, at betydninger og mening kan afdækkes herigennem [60, 155]. GT synes altså potentielt at minimere den risiko for individualisering, som IPA indeholder. Så kunne GT have været en alt-i-et løsning? Kunne jeg have opnået samme resultater ved at anvende GT i stedet for en selektiv anvendelse af IPA suppleret med kritisk realisme? Mit umiddelbare svar er nej. Mit mål var at indsætte den sygemeldte og dennes oplevelser i centrum for forskningen. IPA har hjulpet mig til at præcisere og udfolde de fænomener, som var centrale for de sygemeldte, mens kritisk realisme har beriget og perspektiveret disse ved at fokusere på relationen mellem fænomenerne og dybere mekanismer. Således mener jeg, at kombinationen af styrkerne fra IPA og kritisk realisme har afstedkommet en både dybere og bredere besvarelse af mine forskningsspørgsmål.

9.2 Reliabilitet og validitet

Hvor reliabilitet omhandler konsistensen og troværdigheden af forskningsresultater, omhandler validitet om et studie og en metode reelt undersøger det, den foregiver at undersøge [145]. Jeg vil i nedenstående fokusere på styrker og udfordringer i min rekrutteringsstrategi, mit longitudinale forskningsdesign samt analysestrategi.

9.2.1 Rekrutteringsstrategi

Min analyse af data viser en bred spredning i interviewpersonernes kontakt med samt oplevelse af og tilfredshed med TTA-projektet. Variation kan tilskrives, at de 17 interviewpersoner er rekrutteret *inden* deltagelsen i TTA-projektet, hvormed jeg har reduceret det bias, at dem, der giver tilsagn til at deltage, har en relativ stærk holdning (positiv eller negativ) til det undersøgte fænomen [65]. I

forhold til betydningen af rekrutteringsstrategi vil jeg kort henlede opmærksomheden på de kvalitative interviews som medlemmer af evalueringsgruppen har gennemført med sygemeldte med somatiske og psykiske helbredsproblemer. På baggrund af disse konkluderes det, at de sygemeldte generelt er tilfredse med TTA-projektets indsatser [53]. Mine resultater og konklusioner tegner et mere blandet billede af de sygemeldtes oplevelse af TTA-projektet. Denne forskel kan tilskrives, at vi har benyttet væsentlig forskellig rekrutteringsstrategi. I den anden undersøgelse er 2/3 af de 31 interviewpersoner rekrutteret specifikt ud fra det inklusionskriterie, at TTA-aktørerne havde gennemført arbejdspladsbesøg eller rundbordssamtale på den sygemeldtes arbejdsplads. En sådan indsats er kun gennemført hos 13 % af alle sygemeldte deltagende i TTA-projektet [53]. Man kan formode, at de sygemeldte, som giver tilladelse til, at TTA-aktørerne gennemfører indsatser på arbejdspladsen, netop har en tillidsfuld og kvalitetsfuld relation til TTA-aktørerne, hvilket jeg har vist har central betydning for oplevelsen af TTA-projektet generelt. Inklusionskriteriet om arbejdspladskontakt kan således have medført en relativ selekteret gruppe af interviewpersoner. Man kan argumentere for, at min rekrutteringsstrategi har resulteret i et mere nuanceret og varieret indblik i, hvordan sygemeldte med CMD oplever at deltage i TTA-projektet. Min rekrutteringsstrategi indeholder dog også nogle udfordringer. Jeg har rekrutteret gennem selvrapporterede årsager til sygemelding, og jeg ved derfor ikke med klinisk sikkerhed, hvad interviewpersonerne fejler. Bedre bliver det ikke af, at stress er en mangelfuldt defineret kategori [58]. Selvom der er usikkerhed forbundet med selvrapporterede årsager til sygefravær, har en række andre forskningsstudier anvendt selvrapporterede årsager i deres analyser af sammenhæng mellem sygefraværsårsag og længden af sygefravær [156, 157]. På baggrund af usikkerheden knyttet til selvrapporterede årsager samt den manglende præcisering af stress, har jeg, som beskrevet i artikel 2, fundet det mere dækkende at betegne interviewpersonerne som sygemeldt grundet CMD. Men denne kategori er dog heller ikke uproblematisk eller entydigt defineret [158].

9.2.2 Longitudinelt forskningsdesign

I artikel 2 er der ekspliciteret fordele ved gentagne interviews som fx mulighed for at teste arbejdshypoteser, muligheden for at få indblik i processen, mens den står på, samt reducere risikoen for recall bias. Andre argumenterer for, at de gentagne interviews kan skabe et øget tillidsforhold mellem interviewer og interviewpersoner, så interviewpersonen potentielt er mere ærlig og direkte ó hvilket fremmer udsagnetes reliabilitet og validitet [66]. De gentagne interviews med samme

person over en længere periode er desuden fremhævet som et relevant forskningsdesign til at afdække kausale processer [71]. Mit forskningsdesign har givet mig mulighed for at undersøge de sygemeldtes situation, oplevelser og forventninger, inden TTA-indsatsen igangsættes. Denne viden har kvalificeret og udvidet min forståelse af TTA-projektets working mechanisms. Jeg finder således, at det longitudinelle forskningsdesign har været velvalgt i besvarelsen af mine forskningsspørgsmål. Men det er et sårbart forskningsdesign. Forskeren er dybt afhængig af interviewpersonernes beslutning om at deltage også i de opfølgende interviews, og den gentagne kontakt mellem interviewer og interviewperson fordrer en kontinuerlig opmærksomhed på etiske udfordringer og etablering af en god, men professionel relation.

9.2.3 Analysestrategi

Jeg har forsøgt at gøre mit analysearbejde gennemsigtigt og har i bilag fremvist konkrete detaljer fra dette. Men analysearbejdet har også været en ustruktureret og anarkistisk proces, hvor opdagelser ikke altid følger et stringent analytisk arbejde ved skrivebordet, men i stedet kan opstå på cykelturen, under bleskift, ved læsning af litteratur eller faglige diskussioner med kollegaer. Min store datamængde bevirker desuden, at ingen andre end jeg har læst samtlige af mine 51 interviews, og jeg har også selv foretaget den konkrete kodning ó eller i mit tilfælde snarere sortering ó af data i NVivo. Der er fremsat argumenter for, at det øger validiteten, hvis flere forskere koder empirien uafhængigt af hinanden [150, 159]. Andre argumenterer for, at hvis dataindsamlingen er karakteriseret af en tæt relation til deltagerne, så er det tilstrækkeligt og endda at foretrække, at forskeren selv udfører kodningen [160]. Jeg placerer mig mellem de to poler, da jeg fortløbende har diskuteret, udviklet og modereret min kodningsstrategi, mine analyser og arbejdshypoteser i samarbejde med mine vejledere Karina Nielsen og Svend Brinkmann. Mine interviewpersoner har ikke valideret mine endelige analyser, hvad nogle identificerer som en relevant valideringsmetode [149]. Både fænomenologiske kvalitative forskere og kritiske realister betragter denne valideringsmetode som problematisk, da man i begge traditioner mener, at det er henholdsvis filosofen eller forskeren, som behersker de relevante analytiske greb og strategier for at generere mere præcise beskrivelser af henholdsvis fænomenernes essens eller det virkelige domæne. Under mit forskningsforløb har jeg holdt oplæg om mine forskningsanalyser og -resultater i en lang række sammenhænge for mange forskellige aktører ó både praktikere og andre forskere. Dette har givet mig mulighed for løbende at teste mine arbejdshypoteser og analyser.

9.3 Repræsentativitet

To spørgsmål er centrale at få besvaret i forhold til at vurdere undersøgelsens repræsentativitet: Er interviewpersonerne repræsentative for sygemeldte med selvrapporteret stress og depression, som deltager i TTA-projektet, og er 17 interviewpersoner for mange, for få eller et tilpas antal til at besvare mine forskningsspørgsmål?

I besvarelsen af det første spørgsmål er jeg i den unikke situation, at jeg kan undersøge, om de 17 interviewpersoner er repræsentative for det samlede sample på de 93 personer. I samarbejde med en datamanager har jeg udarbejdet deskriptive analyser for, hvordan de 93 potentielle deltagere fordeler sig på en række parametre (se Bilag H). Analyserne viser, at de 17 interviewpersoner ikke adskiller sig væsentligt fra gruppen af de 93 personer som helhed i forhold til køn, arbejdsstatus, alder og sygefraværsårsag (se tabel 1 i artikel 2 for karakteristik af de 17 interviewpersoner til sammenligning). På baggrund af de deskriptive analyser kan jeg dog ikke udelukke, at det er de mest ressourcerfulde i forhold til socialklasse, der har responderet på rekrutteringsbrevet, sådan som tendensen er i spørgeskemaundersøgelser [161]. En stor variation kendetegner dog mit materiale i forhold til interviewpersonernes sociale og arbejdsmæssige situation: Jeg har gennemført interviews i alt fra prægtige villaer med udsigt over vandet til trange lejligheder i ghettoer. Jeg har talt med sygemeldte med lange videregående uddannelser i vidensarbejde og ufaglærte sygemeldte ansat i manuelt arbejde. En stor del af interviewpersonerne var ikke tilbage i fuldtidsarbejde, da jeg havde sidste interview med dem, hvilket også indikerer, at det ikke nødvendigvis er de mest raske, der har meldt sig⁸. Interviewpersonernes motivationer for at have meldt sig til undersøgelsen kan være mange. Nogle kan have meldt sig med håbet om at opnå øget indsigt i deres situation, andre har måske følt et ansvar for at bidrage til forskningen.

⁸ For at undersøge repræsentativiteten for interviewpersonerne yderligere, har en statistiker på NFA været mig behjælpelig med at lave en opgørelse for jobstatus for sygemeldte med psykiske helbredsproblemer i samtlige deltagende kommuner i TTA-projektet netop 250 dage efter første sygedag. Dette giver mig mulighed for at sammenligne mine interviewpersonernes jobstatus ved sidste interview (som finder sted mellem 240-270 dage efter deres første sygedag) med den samlede gruppe af sygemeldte med psykiske helbredsproblemer deltagende i TTA-projektet. Opgørelsen viser, at for den generelle population er ca. 44 % er sygemeldt ved dag 250. Ca. 32 % er tilbage i arbejdet (modtager ingen offentlige ydelser) mens 19 % er raskmeldt men ledige (modtager arbejdsløshedsdagpenge eller kontanthjælp) ved dag 250. De sidste ca. 5 % modtager andre offentlige ydelser som fx uddannelsesstøtte, efterløn og folkepension. Til sammenligning er 8 ud af de 17 (47 %) interviewpersoner sygemeldt ved sidste interview, mens 6 er tilbage i arbejdet (35 %) og 3 er raskmeldt men ledige (ca. 18 %) (se Tabel 1 i artikel 2). Dermed fordeler min interviewpersoner sig næsten som populationen af sygemeldte med psykiske helbredsproblemer som helhed.

Det er vanskeligt at svare på, hvad det rigtigste antal interviewpersoner er for at kunne besvare mine forskningsspørgsmål. Mine 51 interviews udgør med kvalitative øjne en relativ stor datamængde, og jeg kvalificerer mig så rigeligt til et *1000-siders problem* i forhold til transskriptionsudskrifter [145]. Alligevel tror jeg, at det har været afgørende for min identificering af fx den individuelle tilgangs betydning, at jeg har fulgt 17 og ikke 10 interviewpersoner. Betydningen af den individuelle tilgang, der måske egentlig er åbenlys, tror jeg ikke havde trådt så kraftigt og signifikant frem, hvis jeg havde analyseret færre interviews. Der skal en vis gentagelse til, før det (måske) selvfølgelig overrasker og transformeres fra grund til figur. Mit omfattende datamateriale afstedkommer ikke sjældent en oplevelse hos mig af, at jeg ikke har formået at forløse min empiris potentialer tilstrækkeligt. Der er en lang række uforløste artikler, som burde og bør udarbejdes og publiceres for at kaste yderligere lys over afhandlingens forskningsspørgsmål samt oplyse også andre områder.

Trods mit store datasæt er det for lille til, at jeg kan relatere mine resultater til de enkelte deltagende kommuner i TTA-projektet. Dette havde ellers været interessant, da effektevalueringen som nævnt identificerer store kommunale variationer i nedbringelsen af sygefraværet. På baggrund af de 17 interviewpersoner finder jeg ikke, at køn havde betydning. Men jeg kan ikke udelukke, at et større datamateriale havde afsløret relevante kønsforskelle. Et studie viser fx, at sygemeldte kvinder oftere oplever, at sagsbehandlere ikke tager deres tilstand alvorlig [157], og andet et studie finder, at sygemeldte kvinder genoptager deres arbejde senere end mænd [30]. Ligeledes tillader mit datamateriale heller ikke at udforske, om etnicitet har en betydning.

9.4 Generalisering

Jeg vil i dette afsnit forholde mig til, om den viden, der er opnået gennem mit forskningsprojekt, kan overføres til 1) andre typer helbredsproblemer, 2) andre kontekster, og 3) andre tider.

En række studier identificerer relevante forskelle mellem sygefravær grundet psykiske lidelser og sygefravær grundet somatiske lidelser på en række variable. Personer med psykiske lidelser oplever oftere negative møder med sundhedsprofessionelle [109, 162] og ansatte i compensationssystemet [163] sammenlignet med personer med somatiske helbredsproblemer, og de kommer sjældnere tilbage til den gamle arbejdsgiver sammenlignet med øvrige diagnoser (9). Flere påpeger desuden, at det kan være vanskeligere at udarbejde relevante arbejdstilpasninger for sygemeldte med Mentale Helbredsproblemer (MHP) [156, 164], og stigmatisering samt diskrimination på arbejdspladsen er

desuden mere udtalt for personer med MHP [1, 165, 166]. Men man skal også være opmærksom på forskelle *mellem* forskellige psykiske lidelser. Eksempelvis kommer sygemeldte med nervøse og stressrelaterede tilstande hurtigere tilbage til arbejdet end sygemeldte med affektive sindslidelser [30], og et andet studie finder, at sygemeldte med depression kommer senere tilbage til arbejdet end sygemeldte med stress og udbrændthed [167]. Artikel 3 omhandler sygemeldte med arbejdsrelateret stress. Da der hverken blandt forskere eller praktikere eksisterer enighed om, hvad stress er, er dette en problematisk kategori at generalisere ud fra. Derudover burde jeg optimalt have udarbejdet en tilsvarende artikel for interviewpersoner med selvrapporteret depression for at opnå samme detaljerede viden om perioden op til sygemeldingen for denne gruppe af interviewpersoner. Tiden ó og bestemt ikke data ó vanskeliggjorde dette, og jeg håber i fremtidigt arbejde at kunne publicere en sådan artikel. Artikel 1 og 2 peger dog på en række lighedspunkter mellem sygemeldte med CMD i forhold til følelsen af skam og skyld i relation til sygemeldingen. Fremtidig forskning bør om muligt afklare forholdet mellem oplevelser, der er knyttet til symptombilledet og oplevelser, der er knyttet til arbejdets betydning, forhold i den kognitive kapitalismes æra samt subjektivering som the enterprising self.

Som vist kan resultaterne fra denne afhandling altså ikke ukritisk overføres til andre helbredsproblemer, da der kan være diagnosespecifikke forskelle. Dog mener jeg, med udgangspunkt i den forskningslitteratur, jeg har inddraget i artiklerne og sammenfatningen, at afhandlingens resultater om working mechanisms og fremmende og hæmmende faktorer i TTA-processen kan være relevante for sygemeldte med især andre psykiske helbredsproblemer, men også i nogen udstrækning for sygemeldte med somatiske helbredsproblemer. Det er dog op til fremtidige forskningsstudier at præcisere graden af overførbarehed.

Konkteksten har ligeledes betydning for generaliserbarheden af dette studie. Som angivet i artikel 1 og 2 har det enkelte lands forsikrings-, sundheds- samt arbejdsmarkedssystem betydning for den sygemeldtes TTA. Derfor må man ó som også realistisk evaluerer argumenterer for - have blik for forskelle mellem den kontekst, som dette forskningsprojekt er udført i, og den kontekst, man ønsker at relatere resultaterne til. Artikel 1 viser dog, at det er muligt at identificere en række identiske muligheder og barrierer for TTA på tværs af vestlige lande. Dette kan indikere, at resultaterne fra dette forskningsprojekt kan generaliseres i en hvis grad til andre kontekster, som befinder sig i den kognitive kapitalistiske æra, og som indskriver sig i den biopsykosociale sygdomsforståelse.

Med udgangspunkt i kritisk realisme vil jeg afslutningsvis placere mit forskningsprojekt i en tidslighed, da man i kritisk realisme anser viden som foranderlig og forgængelig:

öViden er socialt frembragt og [er] dermed et forgængeligt produkt, og hverken sandhedsværdier eller kriterier for rationalitet eksisterer uden for historisk tidö [92]

Hvad jeg har afdækket og argumenteret for i min afhandling er således ikke nødvendigvis universelle anliggender. Både Roses teser om the enterprising self samt teorier om kognitiv kapitalisme har netop en central tidslighed indlejret. Den tidslige begrænsning skal således også medtænkes i vurderingen af dette forskningsprojekts generaliserbarhed.

10. Konklusion og perspektivering

Jeg har vist og argumenteret for, at TTA skal ses som en sammenhængende og kontinuerlig proces, hvor den sygemeldtes erfaringer fra fortiden og forventninger til fremtiden påvirker, hvordan den sygemeldte orienterer sig i forhold til TTA her og nu. Jeg har identificeret en række fremmende og hæmmende faktorer for TTA i relation til personspecifikke faktorer, arbejdspladsrelaterede faktorer og i relation til de systemer, som de sygemeldte indgår i. På baggrund af mine tre artikler konkluderer jeg, at det at have udviklet CMD og et CMD-relateret langtidssygefravær er forbundet med negative følelser som skam, skyld, eksistentiel forstyrrelse og en reduceret tiltro til egne evner. Denne tendens skal også forstås i sammenhæng med arbejdets betydning for individer i vores samtid. En samtid som jeg beskriver ved hjælp af teorier om kognitiv kapitalisme og the enterprising self.

Mine analyser af TTA-projektet viser, at TTA-indsatsen indeholder interventionskomponenter, som har potentiale til både at motivere og frustrere sygemeldte med CMD. Jeg har identificeret tre working mechanisms i TTA-projektet, som har betydning for, om den sygemeldte oplever TTA-projektet som relevant og hjælpsomt i TTA-processen: *tværfaglighed*, *individuel tilgang* og *TTA-aktørerne som legitime eksperter*. Særligt har jeg vist, at TTA-aktørernes praktisering af den individuelle tilgang er central for forløsningspotentialerne i TTA-projektet. På baggrund af den generede viden foreslår jeg i sammenfatningen, at den mere instrumentelle tilgang til TTA suppleres med en eksistentiel.

Ethvert forskningsstudie har sine begrænsninger, og dette er også tilfældet med dette forskningsprojekt. Jeg håber dog at have vist potentialerne i at gennemføre et longitudinelt interviewstudie i undersøgelsen af komplekse fænomener som CMD, sygefravær og TTA. Mit håb er, at såvel kvalitative som kvantitative forskere i fremtidige studier vil efterprøve, videreudvikle, betvivle eller underbygge nogle af de teser, som er udfoldet her.

10.1 Perspektivering til anden forskning

I hver af de tre artikler har jeg præsenteret specifikke forslag til fremtidig forskning. Jeg vil derfor her forholde mig til to mere overordnede forhold: 1) Risiko ved RTC-studier og 2) Risiko ved kategorien CMD.

RCT-studier er placeret øverst i det medicinske evidenshierarki [86], hvorfor det er en oplagt slutning, at vi må anvende dette forskningsdesign til at undersøge TTA-indsatsers effekt. Men TTA-indsatser er mere komplekse indsatser end medicinske forsøg, og det kan have nogle ikke-intenderede konsekvenser at forsøge at standardisere og kontrollere TTA-indsatser, så vi ved, hvilken øjlsø vi har givet folk. Hvis jeg har ret i, at den individuelle tilgang har betydning for forløsningen af potentialerne i en TTA-indsats, så er der en risiko for, at vi som forskere faktisk er med til at reducere TTA-professionelles mulighed for at praktisere den individuelle tilgang. I vores bestræbelser efter at kunne kontrollere, hvad vi evaluerer, kan vi risikere, at interventionsmanualer og interventionsredskaber standardiseres i en sådan grad, at TTA-aktører må nedprioritere autonomi, spontane fornemmelser og selvstændige beslutninger. Dermed reduceres deres mulighed for reelt at møde den specifikke sygemeldte som et unikt menneske og for at kunne tilpasse interventionen til det konkrete menneske. Måler vi ikke på det, der måske er noget af det virksomme i TTA-indsatser ó nemlig den individuelle tilgang og non-specifikke faktorer - er der risiko for, at vi ikke tillægger dem tilstrækkelig værdi.

Dette er ikke en argumentation for, at standardisering, redskaber og manualer er irrelevante. Men måske vi har udviklet dem en anelse for tidligt. Jeg tror, at vi må træde et skridt tilbage og (gen)undersøge fænomenerne, mekanismerne og TTA-indsatsers working mechanisms for at forbedre fremtidige TTA-indsatser. Jeg har i artikel 2 foreslået, at vi lader os inspirere af forskningsmetoder *Pragmatic Case Studies* [168-170] for at opnå en øget forståelse af working mechanisms i TTA-interventioner og en dybere forståelse af relationen mellem sygemeldt og TTA-aktører og dennes betydning for udfaldet af sygefraværet ó uden at vi på forhånd begrænser eller standardiserer denne relation. Kvantitative procesevalueringer af TTA-indsatser kan med fordel inspireres af psykoterapiforskningens metoder til at undersøge non-specifikke faktorer, og derudover kan den tidligere omtalte procesevaluering af Arends et al. (2013) inspirere til udviklingen af tilpassede spørgeskemaer, der matcher den konkrete TTA-indsats [4].

Jeg viser i artikel 3, at forhold og betingelser i den kognitive kapitalistiske æra er vigtige at medtænke i vores forståelse af udviklingen af stress. Det vil være relevant i fremtidig forskning også at undersøge den sårbare periode efter den sygemeldte er vendt tilbage til arbejdet i denne optik for måske at opnå en dybere forståelse af risiko- og ressourcefaktorer for gensygemelding. Jeg har i artikel 1 opfordret til, at *situeret sygdomsteori* [171-174] anvendes i TTA-sammenhæng. Jeg

har dog endnu ikke efterkommet denne opfordring selv, men jeg tror, det kunne være relevant at udvikle en situeret sygdomsteori for CMD med udgangspunkt i teorier om kognitiv kapitalisme.

Jeg selv og en lang række andre forskere anvender betegnelsen CMD relativt ukritisk. Men at abonnere ukritisk på kategorien CMD har to centrale konsekvenser: 1) Vi sidestiller diagnoser, som i diagnosemanualerne er beskrevet som adskilte, hvorfor vi kan komme til at blande æbler og pærer sammen i forskningen og i TTA-interventioner. Den anden konsekvens er mere subtil ó og måske derfor endnu vigtigere at være opmærksom på: 2) At betegne CMD som "almindelige" mentale lidelser kan føre til negligering af de udløsende faktorer. Ved at betegne lidelserne som almindelige kommer vi måske langsomt til at betragte dem som forventelige og naturlige reaktioner. Almengørelsen og normaliseringen kan reducere stigmatisering. Men normaliseringen kan også medføre manglende kritik af de forhold og betingelser, som medvirker til den relativt høje incidens og prævalens af stress, depression, angst, belastningsreaktioner etc.

10.2 Perspektivering til fremtidige TTA-indsatser

I hver af mine tre artikler har jeg peget på implikationer for praksis. Jeg vil fokusere på, hvad de tre artikler til sammen peger på kan forbedre TTA-interventioner målrettet sygemeldte med psykiske lidelser⁹.

TTA-aktørers mulighed for at praktisere den individuelle tilgang bør øges. Dette kan gøres ved fx at reducere standardiseringen af indsatsen og de tilknyttede redskaber. Løbende supervision af TTA-aktørerne kan også vise sig relevant i forhold til en øget bevidsthed om fordomme, forudindtagede vurderinger samt forvaltning af magten. Den tværfaglige organisering kan også fremme sådanne refleksioner.

Som vist i artiklerne er de sygemeldtes eksekutive funktioner reduceret. TTA-aktørerne kunne derfor med fordel uddele kort informativt skriftligt materiale til den sygemeldte om fx formål med afklaringsamtalerne, formål med de tilbudte TTA-aktiviteter, den videre proces etc. for at kompensere for den sygemeldtes koncentrations- og hukommelsesbesvær. Derudover bør man arbejde for en bedre kommunikation og koordination mellem de forskellige systemer, som den sygemeldte indgår i i TTA-processen.

⁹ Denne perspektivering kan ses som en redegørelse for forskningsprojektets *pragmatiske validitet*, som forholder sig til, om vi på baggrund af den opnåede viden kan forbedre den praksisform, der er undersøgt. [145].

TTA-aktører kan drage nytte af nogle af denne afhandlings resultater. Især kunne det være relevant med forståelse af TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces og en øget indsigt i den eksistentielle dimension i TTA-processen samt det tilsyneladende paradoksale behov for både at være unik og være ens. Ligeledes kunne det være relevant med en dybere forståelse af de potentielle konflikter mellem leder og medarbejder. En sådan forståelse vil potentielt skabe nye opmærksomhedspunkter og handlemuligheder i forhold til at håndtere det viste gap mellem TTA-planerne, de gode intentioner og implementeringen af dem. I forståelsen og håndteringen af dette gap, og for at reducere risikoen for gensygemelding generelt, vil det også være relevant at tage højde for de betingelser og forhold, der karakteriserer den kognitive kapitalismes æra. Forskningen viser, at arbejdsevnen er reduceret op til 18 måneder efter sygemelding ved mentale helbredsproblemer [1]. Da især videnarbejdere og relationsarbejdere, som vist i artikel 3, er dybt afhængige af deres eksekutive funktioner og personlige kvaliteter for at kunne løse deres arbejdsopgaver, kan det være særlig relevant at tænke i langsigtede arbejdsmodifikationer for denne gruppe medarbejdere. For at understøtte den langsigtede tilgang kunne TTA-aktørerne med fordel have opfølgende samtaler med medarbejderen også efter denne er vendt tilbage på fuld tid.

Det er vigtigt, at interessenter i TTA-processen bliver opmærksomme på hensigtsmæssigheden i de logikker, som vi mere eller mindre bevidst styres af i vores måder at tænke og agere på i forhold til TTA. Jeg har i artikel 2 samt delvist i sammenfatningen haft overvejende fokus på muligheder og barrierer i TTA-indsatser. Jeg vil afslutningsvis understrege nødvendigheden af også at være opmærksom på at håndtere udfordringer og barrierer på arbejdspladsen, hvis vi i fremtiden skal blive bedre til at lykkes med TTA for sygemeldte med CMD. TTA-aktørerne kan ikke gøre det alene.

11. Litteraturliste

References

1. Borg V, Andersen MN, Kolte IV, Andersen MF. White paper on mental health, sickness absence and return to work. Copenhagen: National Research Centre for the Working Environment, 2010.
2. Andersen MF, Nielsen K, Brinkmann S. How do Workers with Common Mental Disorders Experience a Multidisciplinary Return-to-Work Intervention? A Qualitative Study. *J Occup Rehabil.* 2014; 1-16.
3. Arends I, Van Der Klink JJJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2014; 40:195-202.
4. Arends I, Bultmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, Van Der Klink JJJ. Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science & Medicine.* 2014; 100:123-32.
5. Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dijk FJH, van der Klink JJ. Return to Work Perceptions and Actual Return to Work in Workers with Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil.* 2013; 23:290-9.
6. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2013; 39:144-54.
7. Bultmann U, Huibers MJH., Van Amelsvoort LPGM., Kasl SV., Swaen GMH., Kant U. Psychological Distress, Fatigue and Long-Term Sickness Absence: Prospective Results From the Maastricht Cohort Study. *JOEM.* 2005; 47:941-7.
8. Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence : A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41:875-80.
9. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ.* 2005; 330:802-3.
10. Karpansalo M, Kauhanen J., Lakka T.A., Kaplan G.A., Salonen J.T., Manninen P. Depression and early retirement: Prospective population based study in middle aged men. *Epidemiol Community Health.* 2005; 59:70-4.
11. OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries. OECD Publishing, 2010.
12. Waddell G. The Back Pain Revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
13. Blank L, Peters J, Pickvance S, MacDonald E, Wilford J. Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil.* 2008; 18:27-34.

14. Knudsen AK, Överland S, Aakvaag HF, Harvey SB, Hotopf M, Mykletun A. Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *J Psychosom Res.* 2010; 69:59-67.
15. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N et al. A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *Am J Psychiatry.* 2006; 163:1412-8.
16. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S et al. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep.* 1920; 31:875-80.
17. Christensen AI, Ekholm O, Davisen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
18. Head J, Kivimäki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J, Shipley MJ et al. Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: The Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research.* 2007; 63:433-40.
19. Fossey E, Harvey Carol. Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Can J Occup Ther.* 2010; 77:303-14.
20. Aas RW, Ellingsen KL, Linøe P, Möller A. Leadership Qualities in the return to work process: A content analysis. *J Occup Rehabil.* 2008; 18:335-46.
21. Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Cote D, Rouleau A. Representations: An Important Key to Understanding Workers Coping Behaviors During Rehabilitation and the Return-to-Work Process. *J Occup Rehabil.* 2007; 17:522-44.
22. Franche RL, Krause N. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. *J Occup Rehabil.* 2002; 12:233-56.
23. Høgelund J. In Search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of Dutch and Danish Disability Policies. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2003.
24. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Borer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32:67-74.
25. Schuring M, Burdorf L, Kunst A, Mackanbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Epidemiol Community Health.* 2007; 61:597-604.
26. Corbière M, Shen J. A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Can J Commun Ment Health.* 2006; 25:261-88.
27. MacEachen M, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32:257-69.

28. Cornelius L, Klink J, Groothoff J, Brouwer S. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *J Occup Rehabil.* 2011; 21:259-74.
29. Nielsen MBD, Bultmann U, Madsen IEH, Martin M, Christensen U, Diderichsen F et al. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability And Rehabilitation.* 2012; 34:1311-6.
30. Roelen CAM, Norder G, Koopmans PC, van Rhenen W, Van Der Klink JJJ, Bultmann U. Employees Sick-Listed with Mental Disorders: Who Returns to Work and When? *J Occup Rehabil.* 2012; 22:409-17.
31. Brouwer S, Reneman MF, Bultmann U, Van Der Klink JJJ, Groothoff JW. A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support. *J Occup Rehabil.* 2010; 20:104-12.
32. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work and Stress.* 2010; 24:359-75.
33. Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *Occupational Health.* 2009; 15:56-60.
34. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vezina N, Baril R, Gagnon D et al. Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manag Health Out.* 2001; 9:351-60.
35. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling.* 2004; 53:239-44.
36. Coggon D. Occupational medicine at a turning point. *Occup Environ Med.* 2005; 62:281-3.
37. Dunstan DA, Covic T. Compensable work disability management: A literature review of biopsychosocial perspectives. *Aust Occup Ther J* 53[2], 67-77. 2006.
38. Friis-Hasche E, Elsass P, Nielsen T. *Klinisk sundhedspsykologi.* København: Munksgaard; 2013.
39. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 1977; 196:129-36.
40. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
41. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *J Occup Rehabil.* 2012; 1-16.
42. Pomaki G, Franche R, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T. Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *J Occup Rehabil.* 2012; 22:182-95.
43. Holm L, et al. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa. Göteborgs Universitet, 2010.

44. Martin MHT, Nielsen MBD, Madsen IEH, Petersen SMA, Lange T, Rugulies R. Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *J Occup Rehabil.* 2013; 23:621-30.
45. Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Patients with Minor Mental Disorders Leading to Sickness Absence: A Feasibility Study for Social Workers' Participation in a Treatment Programme. *Brit J Soc Work.* 2006; 36:127-38.
46. Martin MHT, Nielsen MBD, Petersen SMA, Jakobsen LM, Rugulies R. Implementation of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Employees with Mental Health Problems. *J Occup Rehabil.* 2012; 22:427-36.
47. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* London: Sage; 1997.
48. Pawson R, Manzano-Santaella A. A realist diagnostic workshop. *EVALUATION.* 2012; 18:176-91.
49. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *AM J EVAL.* 2010; 31:363-81.
50. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2012; 38:93-104.
51. Jarvholm B. How should methods for return to work be evaluated? *Scand J Work Environ Health.* 2012; 38:89-91.
52. Aust B, Helverskov T, Nielsen MB, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K et al. The Danish national return-to-work program - aims, content, and design of the process and effect evaluation. *Scand J Work Environ Health.* 2012; 38:120-33.
53. Winzor G, Poulsen OM, Andersen I, Andersen MF, Andersen MH, Aust B et al. Det Store TTA-Projekt. Proces-, effekt- og økonomisk evaluering (The Danish RTW-Program. Process-, effect- and economic evaluation). Copenhagen: National Research Centre for the Working Environment (NRCWE), 2012.
54. Nielsen MB, Hansen JV, Aust B, Tverborgvik T, Thomsen BL, Bjorner J et al. A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme. *Eur J Public Health.* 2014.
55. Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB, Rugulies R, Hansen JV, Tverborgvik T et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scand J Work Environ Health.* 2014; 40:47-56.
56. Høgelund J. Anmeldelse: Det store TTA-projekt. Proces-, effekt- og økonomisk evaluering. *Tidsskrift for Arbejdsliv.* 2013; 15:76-8.
57. Andersen MF. Når omfavelse bliver til kvælertag: Hvordan kan arbejdet blive et spørgsmål om liv eller død? In: Andersen MF, Brinkmann S, editors. *Nye perspektiver på stress.* Aarhus: Klim; 2013, p. 23-55.
58. Andersen MF, Brinkmann S. Nye perspektiver på stress i arbejdslivet. In: Andersen MF, Brinkmann S, editors. *Nye perspektiver på stress.* Aarhus: Klim; 2013, p. 7-21.

59. Giorgi A. IPA and science: A response to Jonathan Smith. *Journal of Phenomenological Psychology*. 2011; 42:195-216.
60. Smith JA, Larkin M, Flowers P. *Interpretative phenomenological analysis, theory, method and research*. Los Angeles, Calif: 2009.
61. Marks D, Murray M, Evans B, Willig C, Woodall, Sykes CM. *Health psychology - theory, research & practice*. SAGE Publications; 2005.
62. Nicholls C, Glover L, Pistrang N. The illness experiences of women with fibroids: An exploratory qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004; 25:295-304.
63. Willig C. *Introducing qualitative research in psychology*. Open University Press; 2007.
64. Smith JA. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qual Res Psychol*. 2004; 1:39-54.
65. Sallis A, Birkin R. Experiences of work and sickness absence in employees with depression: an interpretative phenomenological analysis. *J Occup Rehabil*. 2014; 24:469-83.
66. Jacobsen B, Tanggaard L, Brinkmann S. Fænomenologi. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder - En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010, p. 185-205.
67. Giorgi A. Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*. 2008; 8:353-61.
68. Larkin M, Eatough V, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis and embodied, active, situated cognition. *THEORY & PSYCHOLOGY*. 2011; 21:318-37.
69. Smith JA. Towards Reflexive Practice: Engaging Participants as Co-researchers or Co-analysts in Psychological Inquiry. *J Community Appl Soc*. 1994; 4:253-60.
70. Brinkmann S. *Qualitative inquiry in everyday life*. London: Sage; 2012.
71. Maxwell JA. Using Qualitative Methods for Causal Explanation. *Field methods*. 2004; 16:243-64.
72. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *Am J Ind Med*. 2001; 40:464-84.
73. Levine PA. *Waking the tiger, healing trauma, the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley, Calif: North Atlantic Books; 1997.
74. Levine PA. *In an unspoken voice, how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley: North Atlantic Books; 2010.
75. Uddannelses- og Forskningsministeriet. *Vejledende Retningslinjer for Forskningsetik i Samfundsvidenskaberne*. <http://ufm.dk/publikationer/2002/vejledende-retningslinjer-for-forskningsetik-i-samfundsvidenskaberne>, 2002.
76. Brinkmann S. The Good Qualitative Researcher. *Qualitative Research in Psychology*. 2007; 4:127-44.

77. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag; 2010, p. 429-45.
78. Fog J. Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk forlag; 1994.
79. Kvale S. Dominance through interviews and dialogues. Qual Inq. 2006; 12:480-500.
80. Giacomini MK. The rocky road: Qualitative research as evidence. Evidence-Based Medicine. 2001; 6:4-6.
81. Rothman KJ. Epidemiology, an introduction. Oxford: Oxford University Press; 2002.
82. Tacq J. Causality in qualitative and quantitative research. Qual Quant. 2011; 45:263-91.
83. Maxwell JA. Causal Explanation, Qualitative Research, and Scientific Inquiry in Education. Educational Researcher. 2004; 33:3-11.
84. Rothman KJ. Modern epidemiology. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008.
85. Bolton D. The epistemology of randomized, controlled trials and application in psychiatry. Philosophy, Psychiatry & Psychology. 2008; 15:159-65.
86. Pedersen T, Gluud CN, Gøtzsche PC, Matzen P, Wille-Jørgensen PA. Hvad er evidensbaseret medicin? Ugeskrift for Læger. 2001; 163:3769-72.
87. Karpatschof B. Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
88. Steinar K, Brinkmann S. Interview, introduktion til et håndværk. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2009.
89. Flick U. An introduction to qualitative research. London: Sage; 2009.
90. Karpatschof B. Udforskning i psykologien. København: Akademisk Forlag; 2006.
91. Maxwell JA. The Importance of Qualitative Research for Causal Explanation in Education. Qual Inq. 2012; 18:655-61.
92. Buch-Hansen H, Buch-Hansen H. Kritisk realisme. Frederiksberg: Samfundslitteratur : Roskilde Universitetsforlag; 2005.
93. Krogstrup HK. Kampen om evidens, resultatmåling, effektevaluering og evidens. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2011.
94. Wad P. Komparation i kritisk realistisk perspektiv. Dansk Sociologi. 2000; 11:7-28.
95. Bhaskar R. A realist theory of science. London: Routledge; 2008.
96. Ragans V, Sonne-Ragans V. Anvendt videnskabsteori, reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver. Samfundslitteratur: Frederiksberg; 2012.

97. Bhaskar R, Danermark B. Metatheory, Interdisciplinarity and Disability Research: A Critical Realist Perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2006; 8:278-97.
98. Roberts JM. Critical Realism, Dialectics, and Qualitative Research Methods. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 2014.
99. Anderson GL, Scott J. Toward an Intersectional Understanding of Process Causality and Social Context. *Qual Inq*. 2012; 18:674-85.
100. Donmoyer R. Can Qualitative Researchers Answer Policymakers' What-Works Question? *Qual Inq*. 2012; 18:662-73.
101. Donmoyer R. Attributing Causality in Qualitative Research. *Qual Inq*. 2012; 18:651-5.
102. Brijnath B, Mazza D, Singh N, Kosny A, Ruseckaite R, Collie A. Mental Health Claims Management and Return to Work: Qualitative Insights from Melbourne, Australia. *J Occup Rehabil*. 2014.
103. Nielsen MBD, Rugulies R, Hjortkjaer C, Bultmann U, Christensen U. Healing a Vulnerable Self: Exploring Return to Work for Women With Mental Health Problems. *Qualitative Health Research*. 2013; 23:302-12.
104. Svensson T, Müssener U, Alexandersson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of positive social emotions in the rehabilitation of sickness absentees. *Work*. 2006; 27:57-65.
105. Verdonk P, de Rijk A, Klinge I, de Vries A. Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Educ Couns*. 2008; 73:300-6.
106. O'Donnell S, MacIntosh J, Wuest J. A theoretical understanding of sickness absence among women who have experienced workplace bullying. *Qualitative Health Research*. 2010; 20:439-52.
107. Haugli L, Maeland S, Magnussen LH. What facilitates return to work? Patients' experiences 3 years after occupational rehabilitation. *J Occup Rehabil*. 2011; 21:573.
108. Hubertsson J, Petersson I, Arvidsson B, Thorstensson C. Sickness absence in musculoskeletal disorders - patients' experiences of interactions with the Social Insurance Agency and health care. A qualitative study. *BMC Public Health*. 2011; 11:107.
109. Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2011; 1:2.
110. Müssener U, Söderberg E, Svensson T, Alexandersson K. Encouraging encounters: sick-listed person' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Soc Work Health Care*. 2008; 46:71-87.
111. Norlund S, Fjellman-Wiklund A, Nordin M, Stenlund T, Ahlgren C. Personal Resources and Support when Regaining the Ability to Work: An interview study with Exhaustion Disorder Patients. *J Occup Rehabil*. 2013; 23:270-9.

112. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-Inducing Encounters. Negative Emotional Aspects of Sickness-Absentees' Interactions With Rehabilitation Professionals. *J Occup Rehabil.* 2003; 13:183-95.
113. Kilgour E, Kosny A, McKenzie D, Collie A. Healing or Harming? Healthcare Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems. *J Occup Rehabil.* 2014; (Epub ahead of print).
114. Holmgren K, Ivanoff SD. Women on sickness absence - views of possibilities and the obstacles for returning to work. A focus group study. *Disabil Rehabil.* 2004; 26:213-22.
115. Söderberg S, Jumisko E, Gard G. Clients' experiences of a work rehabilitation process. *Disabil Rehabil.* 2004; 26:419-24.
116. Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor Competencies for Supporting Return to Work: A Mixed-Methods Study. *J Occup Rehabil.* 2014.
117. Lemieux P, Durand MJ, Hong QN. Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil.* 2011; 21:293-303.
118. Reavley NJ, Ross A, Killackey EJ, Jorm AF. Development of guidelines to assist organisations to support employees returning to work after an episode of anxiety, depression or a related disorder: A Delphi consensus study with Australian professionals and consumers. *BMC Psychiatry.* 2012; 12.
119. Schreuder JAH, Groothoff JW, Jongsma D, van Zweeden NF, Van Der Klink JJJ, Roelen CAM. Leadership Effectiveness: A Supervisor's Approach to Manage Return to Work. *J Occup Rehabil.* 2013; 23:428-37.
120. Honneth A, Willig R. *Behovet for anerkendelse, en tekstsamling.* Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2003.
121. Foucault M. *Overvågning og straf.* Frederiksberg: Det lille forlag; 1994.
122. Foucault M. *Madness and civilization, a history of insanity in the age of reason.* New York: Vintage Books; 1973.
123. Foucault M. *Discipline and punish, the birth of the prison.* Harmondsworth: Penguin; 1979.
124. Foucault M, Foucault M. *The birth of biopolitics, lectures at the College de France, 1978-1979.* Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
125. Rose N. *Inventing our selves. Psychology, power, and personhood.* Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
126. Rose N. *Powers of Freedom, Reframing Political Thought.* Cambridge: 1999.
127. Rose N, Novas C. Biological Citizenship. In: Ong A, Collier SJ, editors. *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Antropological Problems.* Oxford: Blacwell Publishing Ltd.; 2005, p. 439-63.
128. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002; 288:2469-75.

129. Department of Health UK. The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. 2001.
130. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*. 2004; 364:1523-37.
131. Skinner TC, Cradock S, Arundæ F, Graham W. Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2003; 75-80.
132. Willaing I, Folmann NB, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - En litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005.
133. de Vries G, Hees HL, Koeter MWJ, Lagerveld SE, Schene AH. Perceived Impeding Factors for Return-to-Work after Long-Term Sickness Absence Due to Major Depressive Disorder: A Concept Mapping Approach. *PLoS ONE*. 2014; 9.
134. Heymans M, de Vet H, Knol D, Bongers P, Koes B, Mechelen W. Workers Beliefs and Expectations Affect Return to Work Over 12 Months. *J Occup Rehabil*. 2006; 16:685-95.
135. Mealand JG, Havik JG. Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *J Psychosom Med*. 1987; 31:471-81.
136. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *BMJ*. 1996; 312:1191-4.
137. van Rhenen, Schaufeli WB, van Dijk FJH, Blonk RWB. Coping and sickness absence. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006; 81:461-72.
138. Butler T, Fuhrman A. Curative Factors in Group Therapy: A Review of the Recent Literature. *Small Group Research*. 1983; 14:131-42.
139. O'Connor C, Gordon O, Graham M, Kelly F, Grady-Walshe AO. Service user perspectives of a psychoeducation group for individuals with a diagnosis of bipolar disorder - A qualitative study. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196:568-71.
140. Yaskowich KM, Stam HJ. Cancer narratives and the cancer support group. *J Health Psychol*. 2003; 8:720-37.
141. Yalom I, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 2005.
142. Nielsen K, Abildgaard JS, Daniels K. Putting context into organizational intervention design: Using tailored questionnaires to measure initiatives for worker well-being. *Human Relations*. 2014; 0018726714525974.
143. Weiss CH. Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation*. 1997; 1997:41-55.
144. Hees HL, Nieuwenhuijsen K, Koeter MWJ, B++Itmann U, Schene AH. Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS ONE*. 2012; 7.

145. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
146. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L. Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence. London: Government Chief Social Researcher's Office, 2003.
147. Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD. Disciplining qualitative research. International Journal of Qualitative Studies in Education 19[6], 769-782. 2006.
148. Denzin NK. The elephant in the living room: or extending the conversation about the politics of evidence. QUALITATIVE RESEARCH. 2009; 9:139-60.
149. Long T, Johnson M. Rigour, reliability and validity in qualitative research. Clinical Effectiveness in Nursing. 2000; 4:30-7.
150. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. British Medical Journal. 2000; 320:50.
151. Morse J.M, Barrett M., Mayan M., Olson K., Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods. 2002; 1:13-22.
152. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet. 2001; 358:483-8.
153. Alexander CM. Critical Realism. The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods. 2008; <http://srmo.sagepub.com/view/sage-encyc-qualitative-research-methods/n87.xml>.
154. Giorgi A. Phenomenology and the practice of science.(Essay). Existential Analysis. 2010; 21:3.
155. Corbin JM, Corbin J. Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles, Calif. London: Sage; 2008.
156. Høgelund J, Holm A, Epløv LF. The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. J Ment Health Plicy Econ. 2012; 15:157-70.
157. Nielsen MBD, Madsen IEH, Bultmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. Encounters between workers sick-listed with common mental disorders and return-to-work stakeholders. Does workers' gender matter? Scand J Public Healt. 2013; 41:191-7.
158. Arends I. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. 2013. University Medical Center Groningen/University Groningen.
159. Mays N, Pope C. Rigour And Qualitative Research. BMJ: British Medical Journal. 1995; 311:109-12.
160. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. Health Services Research. 2007; 42:1758-72.
161. Burr H, Bjorner JB, Kristensen TS, Tuchsén F, Bach E. Trends in the Danish work environment in 1990-2000 and their associations with labor-force changes. Scand J Work Environ Health. 2003; 29:270-9.

162. Wessel M, Helgesson G, Olsson D, Juth N, Alexanderson K, Lynöe N. When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *Eur J Public Health*. 2012; 1-6.
163. Östlund GM, Borg KE, Wide P, Hensing GKE, Alexanderson KAE. Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scand J Public Health*. 2003; 31:275.
164. Briand C, Durand MJ, St Arnaud L, Corbiere M. Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *Int J Law Psychiatry*. 2007; 30:444-57.
165. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Satorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Brit J Psychiat* 190, 192-193. 2007.
166. Jacobsen CB, Martin HM, Andersen SL, Christensen RN, Bengtsson S. Stigma og psykiske lidelser. DSI og SFI, 2010.
167. Nielsen MBD. Return to work among employees with common mental disorders. A mixed-method study on predictors of time to return to work and employee's experiences of the return to work process. 2010. National Research Centre for the Working Environment, Denmark.
168. Fishman DB. From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy, forensic, and other psychological practice. *Appl Prev Psychol*. 2001; 10:275-304.
169. Fishman DB, Neigher WD. Publishing systematic, pragmatic case studies in program evaluation: rationale and introduction to the special issue. *Eval Program Plann*. 2003; 26:421-8.
170. Fishman DB, Neigher WD. Publishing systematic, pragmatic case studies in program evaluation: collateral on a 'promisory note'. *Eval Program Plann*. 2004; 27:105-13.
171. Alonzo A. An illness behavior paradigm: A conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc Sci Med*. 1984; 19:499-510.
172. Alonzo AA. Everyday illness behavior: A situational approach to health status deviations. *Soc Sci Med Part A*. 1979; 13:397-404.
173. Gannik D. Situational disease: elements of a social theory of disease based on a study of back trouble. *Scand J Prim Health Care Suppl*. 2002; 20:25-30.
174. Gannik DE. Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv. København: Forlaget Samfundslitteratur; 2005.

12. Resume på dansk og engelsk

Dansk resume

Baggrund: Langvarigt sygefravær på grund af Common Mental Disorders (CMD) er et stigende problem i flere lande. Forskningen viser, at Tilbagevenden Til Arbejdet (TTA) skal anskues som en kompleks og multifaktoriel proces. Stigningen i CMD-relateret sygefravær har medført en øget interesse for udvikling og evaluering af TTA-interventioner for sygemeldte med CMD. En række reviews viser, at TTA-indsatser rettet mod sygemeldte med CMD overordnet har begrænset effekt på reduktion af sygefraværet. Med kun få undtagelser fokuserer evalueringerne af TTA-indsatserne på, *om* indsatserne virker, og ikke *hvorfor* eller *hvordan* de virker. Man har derfor begrænset viden om TTA-indsatsernes *working mechanisms*. Derudover er der begrænset viden om, hvordan sygemeldte med CMD selv oplever deres TTA-proces, og hvilke barrierer og muligheder for TTA, de oplever. Denne viden er relevant for at opnå en dybere forståelse af, hvordan en TTA-intervention kan hjælpe de sygemeldte med succesfuld TTA.

Formål: Ph.d-afhandlingen ønsker at afdække, hvordan det opleves at have udviklet og være sygemeldt med CMD, samt hvilke konkrete barrierer og muligheder for TTA de sygemeldte selv oplever i deres TTA-proces. Med udgangspunkt i Det store TTA-projekt (TTA-projektet) undersøges sygemeldte med CMD's oplevelse af interventionskomponenternes relevans, og TTA-indsatsens *working mechanisms* søges afdækket.

Metode: Afhandlingen benytter sig af to metoder inden for den kvalitative forskningsdisciplin. Indledningsvis er der udarbejdet en *meta-syntese* med udgangspunkt i den eksisterende kvalitative forskning om TTA fra sygemeldte med CMD's eget perspektiv. Derudover er der gennemført en eksplorativ kvalitativ undersøgelse bestående af tre gentagne interviews med 17 sygemeldte med CMD, som deltager i TTA-projektet.

Resultater: Den publicerede meta-syntese viser, at sygemeldte med CMD oplever en række forhindrende og fremmede faktorer for TTA i relation til deres egen personlighed (perfektionisme, ansvarsfølelse og self-efficacy). Graden af social støtte på arbejdspladsen og arbejdspladsens accept af udviklingen af CMD og den nedsatte arbejdsevne har ligeledes betydning for TTA. I forhold til den konkrete tilbagevenden, identificeres et gap mellem de udarbejdede TTA-planer og implementeringen af disse. Meta-syntesen konkluderer, at TTA skal forstås som en sammenhængende og kontinuerlig proces, hvor sygemeldtes erfaringer fra fortiden og forventninger

til fremtiden er dynamisk relateret til dennes TTA-relaterede handlinger, tanker og oplevelser her og nu. Derudover oplever de sygemeldte at forskellige systemer (sundheds-, forsikrings- og arbejdsrelateret rehabiliteringssystem) kan have forskellige fokuspunkter og interesser i deres TTA-proces.

Der er publiceret to artikler på baggrund af interviewundersøgelsen. Den første artikel præsenterer de sygemeldtes oplevelse af TTA-projektets centrale interventionskomponenter. Det vises, at den sygemeldtes oplevelse af interventionskomponenternes relevans og brugbarhed afhænger af, om TTA-aktørerne møder den sygemeldte med en *individuel tilgang*, som artiklen konkluderer, er en særlig betydningsfuld working mechanism i TTA-projektet. Den anden artikel beskæftiger sig med perioden forud for sygemeldingen for sygemeldte med arbejdsrelateret stress. På baggrund af empirien identificeres fire centrale temaer, som beskriver perioden op til sygemeldingen og udviklingen af stress. Medarbejdernes relation til arbejdet betegnes som en sammenfoldning mellem arbejde og identitet, og udviklingen af stress beskrives som en forstyrrelse af selvforståelse, selvværd og realitetssans.

I afhandlingens sammenfatning argumenteres der for, at kvalitativ metode er en legitim metode til at beskæftige sig med kausale processer. Med udgangspunkt i denne positionering relateres de tre artikler til hinanden, og de identificerede working mechanisms i TTA-projektet udfoldes og nuanceres herigennem.

Konklusion: At have udviklet CMD og et CMD-relateret langtidssygefravær er forbundet med eksistentiel forstyrrelse og en reduceret tiltro til egne evner. TTA-projektet har potentiale til både at motivere og frustrere sygemeldte med CMD. TTA-aktørernes praktisering af den individuelle tilgang er central for forløsningspotentialerne i TTA-projektet. På baggrund af den generede viden foreslås det i sammenfatningen, at den mere instrumentelle tilgang til TTA suppleres med en eksistentiel. Etableringen af TTA som en sammenhængende og kontinuerlig proces kan hjælpe os med at forstå dynamikken i TTA-processen samt de sygemeldtes oplevelse af TTA-projektet.

English abstract

Background: Long-term sick leave due to Common Mental Disorders (CMD) is an increasing problem in several countries. Research shows that Return To Work (RTW) should be seen as a complex and multifactorial process. The increase in CMD-related sick leave has led to a growing interest in the development and evaluation of RTW interventions for people sick-listed with CMD. With a few exceptions, evaluations of RTW focus on *if* the measures work and not on *why* or *how* they work. Our knowledge of the *working mechanisms* of the RTW measures is therefore limited. Besides, our knowledge of how those sick-listed with CMD themselves experience their RTW process and which barriers and opportunities for RTW they experience is equally limited. This knowledge is relevant to reach a deeper understanding of how an RTW intervention can help those sick-listed with a successful RTW.

Objective: The objective of the PhD thesis is to examine both the experience of having developed and being sick-listed with CMD and the barriers and opportunities for RTW those sick-listed with CMD themselves see in their RTW process. *The Danish RTW project* (RTW project) serves as a starting point for exploring the experience of those sick-listed with CMD of the relevance of the intervention components and for an attempt to uncover the working mechanisms of the RTW intervention.

Method: The thesis applies two methods within (the) qualitative research (discipline). First a meta synthesis was prepared based on the existing qualitative research on RTW from the (personal) perspective of employees sick-listed with CMD. Besides, an explorative qualitative investigation was conducted consisting of three consecutive interviews with 17 employees sick-listed with CMD, all participants in the RTW project.

Results: The published meta synthesis shows that employees sick-listed with CMD experience a number of factors in relation to their own personality that complicate or facilitate RTW (perfectionism, sense of responsibility, self-efficacy). The degree of social support at the workplace and the accept of the workplace of the development of CMD and the reduced working capacity are also important for RTW. In relation to the concrete return a gap between the plans designed and their actual implementation is identified. The meta synthesis concludes that RTW must be seen as a coherent and continuous process in which the sick-listed employees' experiences from the past and expectations of the future are dynamically related to their present RTW-related actions, thoughts and experiences. Furthermore, those sick-listed experience that different systems (health-insurance-

and occupational rehabilitation systems) may have different focal points and interests in their RTW process.

On the basis of the conducted interviews two articles have been published. The first article presents the sick-listed employees' experience of the central intervention components of the RTW project. It is shown that how the sick-listed employees experience the relevance and usefulness of the intervention components depends on whether the RTW professionals meet those sick-listed with an *individual approach*, which the article concludes is a particularly important working mechanism in the RTW project. The other article deals with the period before those sick-listed with work-related stress are reported sick. Based on the empirical evidence four central themes are identified which describe the period leading up to the development of stress and the sick leave. The relation of the employees to their work is termed a folding of work and identity and the development of stress is characterized as a disturbance of self-understanding, self-worth and sense of reality.

In the conclusion chapter of the thesis it is argued that the qualitative method is a legitimate method to deal with causal processes. This positioning forms the basis for relating the three articles to each other and hereby the identified working mechanisms of the RTW project are unfolded and clarified.

Conclusion: Having developed CMD and long-term sick leave is related to existential disturbance and a reduced faith in one's own qualities and competences. The RTW project has the potential to both motivate and frustrate those sick-listed with CMD. The RTW professionals' application of the individual approach is essential to release the potential of the RTW project. On the basis of the generated knowledge it is suggested in the conclusion chapter of the thesis that the rather instrumental approach to RTW is supplemented with an existential one. The establishment of RTW as a coherent and continuous process can help us understand the dynamics of the RTW process and the experience of the RTW project of those sick-listed.

13. Bilag

- Bilagene kan rekvireres ved at kontakte Malene Friis Andersen på mfa@arbejdsmiljoforskning.dk

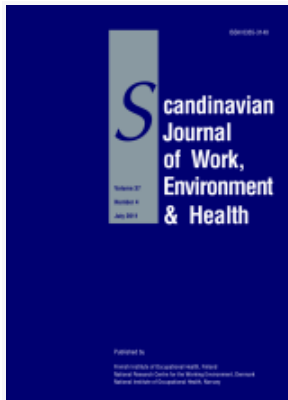
14. Appendix

I denne version af afhandlingen er artikel 1 og 2 indsat i Appendix. Grundet ophavsrettigheder kan artikel 3 ikke indsættes. Sidstnævnte artikel kan findes i antologien *Nye perspektiver på stress*, som fx kan lånes på biblioteket.

Artikel 1: **Andersen MF**, Nielsen K, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2012; 38:93-104.

Artikel 2: **Andersen MF**, Nielsen K, Brinkmann S. How do Workers with Common Mental Disorders Experience a Multidisciplinary Return-To-Work Intervention? A Qualitative Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Published online 15 February 2014.

Artikel 3: **Andersen MF**: ðFra omfavelse til kvælertag ó Hvordan kan arbejdet blive et spørgsmål om liv og død?ö I antologien *Nye Perspektiver på Stress* (red. Malene Friis Andersen & Svend Brinkmann), Klim 2013.



Review

Scand J Work Environ Health 2012;38(2):93-104

doi:10.5271/sjweh.3257

Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders

by Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S

Affiliation: National Research Centre for the Working Environment, Lersø Parkallé 105, 2100 Copenhagen Ø, Denmark. mfa@nrcwe.dk

Refers to the following texts of the Journal: 2006;32(1):67-74
2006;32(4):257-269

The following articles refer to this text: 2012;38(2):120-133
2012;38(2):89-91

Key terms: back to work; common mental disorder; mental disorder; mental health; mental illness; meta-ethnography; meta-synthesis; qualitative research; rehabilitation; return to work; review; RTW; sick leave; social support; work accommodation

Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders

by Malene Friis Andersen, MSc,¹ Karina M Nielsen, MSc, PhD,¹ Svend Brinkmann, MSc, PhD²

Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(2):93–104. doi:10.5271/sjweh.3257

Objectives The purpose of this study was to investigate which opportunities and obstacles employees with common mental disorders (CMD) experience in relation to return to work (RTW) and how they perceive the process of returning to work. In addition, the study explores what characterizes an optimal RTW intervention and points to possible ways to improve future interventions for employees with CMD.

Methods A systematic literature search was conducted, and eight qualitative studies of medium or high quality published between 1995–2011 were included in this systematic review. The eight studies were synthesized using the meta-ethnographic method.

Results This meta-synthesis found that employees with CMD identify a number of obstacles to and facilitators of returning to work related to their own personality, social support at the workplace, and the social and rehabilitation systems. The employees found it difficult to decide when they were ready to resume work and experienced difficulties implementing RTW solutions at the workplace.

Conclusions This study reveals that the RTW process should be seen as a continuous and coherent one where experiences of the past and present and anticipation of the future are dynamically interrelated and affect the success or failure of RTW. The meta-synthesis also illuminates insufficient coordination between the social and rehabilitation systems and suggests how an optimal RTW intervention could be designed.

Key terms back to work; meta-ethnography; mental health; mental illness; rehabilitation; review; RTW; sick leave; social support; work accommodation.

Long-term sick leave due to common mental disorders (CMD) such as depression, anxiety, and stress-related disorders is an increasing problem in many countries (1–5). Long-term sick leave is a major risk factor for early withdrawal from the labor market (6), and only 50% of those off work for >6 months due to poor mental health return to work (7). CMD make up an increasing percentage of claims for disability benefits (8), and a number of studies show a strong correlation between depression and disability pension (4, 8–10) and also between anxiety and disability pension (8). Not only is CMD-related sick leave and withdrawal from the labor market costly for society and workplaces due to compensation costs and lost productivity (11), being off work also frequently has negative consequences for the individual as work is socially highly

valued and beneficial to self-respect, identity, health, and general well-being (12).

To reduce both the human, societal, and economic consequences related to long-term sick leave and withdrawal from the labor market due to CMD, a better understanding of the factors that facilitate or complicate return to work (RTW) for employees with CMD is warranted.

Previous research has found RTW to be a complex and multi-factorial process (13). Quantitative research shows that the medical seriousness of the disorder, work-related factors, personal factors, national compensation policies, and the structure of the healthcare system determine whether sick leave results in return to or withdrawal from the labor market (7, 13–18). While quantitative studies are useful for investigating general

¹ National Research Centre for the Working Environment, Denmark.

² Department of Communication and Psychology, University of Aalborg, Denmark.

Correspondence to: Malene Friis Andersen, National Research Centre for the Working Environment, Lersø Parkallé 105, 2100 Copenhagen Ø, Denmark. [E-mail: mfa@nrce.dk]

predictors for RTW and the effects of RTW interventions, they are not suitable for capturing the complex processes characterizing RTW. Qualitative research can help expand our understanding of the RTW process (19) and is particularly suited to examine the complex dimensions and practices of RTW (20).

The meta-synthesis method is an obvious research method to extract and integrate results from various qualitative studies (21–23). We therefore conducted a systematic meta-synthesis of qualitative research to investigate how people with CMD themselves experience the RTW process and which obstacles and opportunities they identify in relation to RTW. Thereby this meta-synthesis addresses the recommendation of MacEachen et al (20), who pointed to the need for a meta-synthesis on RTW for employees with mental health problems. In this meta-synthesis, we use Noblit & Hare's meta-ethnography method (21) as it is one of the most widely accepted methods of synthesizing findings from qualitative studies (24, 25).

Other examples of meta-ethnographies on related subjects are MacEachen et al's meta-ethnography on RTW after work-related injury (20) and Gewurtz & Kirsh's meta-ethnography on disability in the workplace for people with mainly somatic health problems (25). Fossey & Harvey (12) conducted a meta-synthesis on the views of people with serious psychiatric conditions (eg, psychosis, bipolar disorder, or schizophrenia) on finding and maintaining employment. They concluded that people with serious psychiatric conditions experience that the right kind of job improves their mental health in that it provides structure, social contact, and a sense of purpose. But maintaining the job requires ongoing strategies to manage the psychiatric condition and ongoing support from mental health services, employment specialists, family, and the workplace. (12). To our knowledge, a meta-synthesis on RTW of people with CMD has yet to be conducted. Such a meta-synthesis is warranted given that the prevalence of CMD is higher in the general population and contributes more to increasing sickness absence than more serious psychiatric disorders (3).

The following research questions guided this meta-ethnography: (i) Which opportunities and obstacles in relation to RTW do people with CMD experience? (ii) What characterizes the RTW process for people with CMD? (iii) What characterizes an optimal RTW intervention from the perspective of people with CMD?

Methods

Search process and inclusion criteria

A systematic search was conducted using six electronic databases to identify relevant qualitative peer-reviewed

studies on RTW for people with CMD: CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health), EMBASE, MEDLINE, PsycInfo, Sociological Abstracts, and Web of Knowledge. We searched for peer-reviewed papers published in English between 1995–2011 using the keywords and combinations of keywords set out in figure 1. The relevant keywords were mainly identified by screening articles found through a search process conducted in relation to a white paper on CMD and the labor market (11). Moreover the reference lists of relevant articles were reviewed to identify additional articles.

We used the following inclusion criteria to identify relevant qualitative studies: (i) the study used a qualitative research method; (ii) the research questions of the study addressed RTW; (iii) participants were people with CMD; and (iv) the study focused on RTW from the perspective of the person with CMD. If the study was based exclusively on interviews with supervisors, colleagues, or caseworkers, the article was excluded. The fourth criterion secured a certain level of homogeneity between the studies included as the main focus was the perspective of the person with CMD.

Quality assessment and data extraction

Studies meeting the inclusion criteria proceeded to quality assessment. The quality of the studies was assessed using 17 out of 18 criteria¹ defined in a framework developed by the UK National Centre for Social Research (26) for assessing quality in qualitative research. The 17 criteria relate to: (i) findings (eg, how credible are the findings, discussions of generalization, limitations); (ii) design and sample (eg, discussion of rationale for study design, description of participants, study location); (iii) data collection (eg, information on who conducted the data collection); (iv) analysis and reporting (eg, how the descriptive analytic categories had been generated, discussion of patterns within data); and (v) reflexivity and neutrality (eg, reflections on how theoretical ideas affected the research process and results) (26). These 17 criteria have also been applied in previous meta-ethnographies (20, 25, 27). Apart from the 17 criteria, we also applied Rocco's (28) third criterion for evaluating qualitative studies: "Are method, data collection tools, and steps adequately described and grounded in relevant literature?" This criterion was included to assess whether there was discrepancy between the method, data collection, tools, and techniques used in a study.

In their meta-ethnography, MacEachen et al (20) developed guidelines to evaluate the quality of studies as low, medium, high, or very high (table 1). In this article, we used the same guidelines to rate the studies, and those rated as "low" were excluded.

¹ One criterion that specifically addressed evaluation research was eliminated.

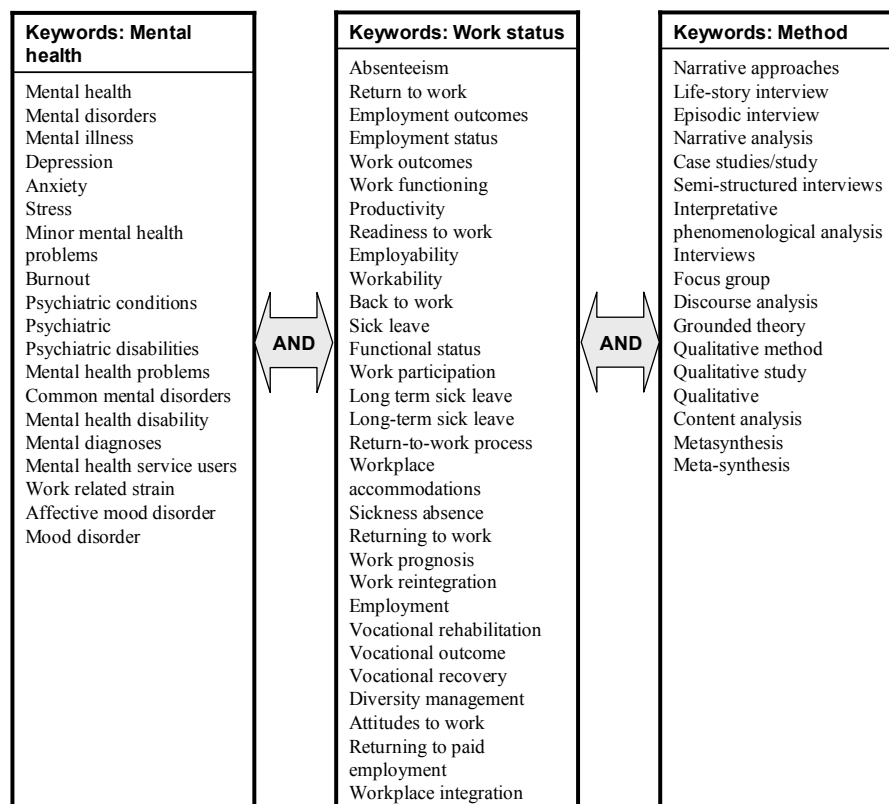


Figure 1. Search process: keywords and combinations of keywords

The first and second author of this article rated the quality of relevant studies independently and subsequently met to discuss the ratings. If a consensus could not be reached, the third author was involved. However, this turned out to be unnecessary as consensus was reached by the first and the second author for all relevant studies.

Studies rated as medium, high, or very high quality proceeded to data extraction. Data extraction is a systematic identification of information relevant to this meta-ethnography's research questions and provides information about contextual factors (20). The data extraction included the following themes: focus of the study, country, study method, recruitment strategy, and participants (table 2).

Meta-ethnography as research method

The meta-ethnography method was originally developed by Noblit & Hare (21) and is a set of techniques and principles created specifically for synthesizing qualitative studies. Meta-ethnography differs from quantitative meta-analysis by being inductive and interpretative rather than aggregative. This means that the results of the individual studies are not simply juxtaposed and reported, but a higher-order understanding is sought

through synthesis of the individual findings. According to Noblit & Hare there are three major strategies for synthesizing qualitative studies: reciprocal translational analysis (RTA); refutational synthesis (RS); and lines of argument (LOA) synthesis (21, 23).

In this meta-ethnography, we mostly used RTA as the studies included are roughly about similar things: in this case, RTW from the perspective of employees with CMD. We have also used RS where apparently contradictory findings exist between the primary studies.

Table 1. Quality assessment guidelines from MacEachen et al (20).

Rating	Requirements
Low	Data too invariable, due to inadequate analysis or sampling strategy; data do not "ring true" and it appears that the authors had superimposed their own set of ideas
Medium	Analysis descriptive in nature and somewhat "thin" in describing context and detail, leading to appearance of superficiality
High	Descriptive but including a more adequate level of analysis, with consideration of context; presentation of a more nuanced picture of study participants and the complex environment in which they function
Very high	Required a theoretical focus, with consideration of the internal processes involved in creating the situation that was being described (for example, links to macro structures), and with an explanatory value that could be transferred to other research arenas

Table 2. Partial data extraction for included studies. [M=men; PTSD=post-traumatic stress disorder; RTW=return to work; W=women.]

Study	Focus of the study	Country	Study method	Recruitment strategy	Participants
Verdonk et al (39)	Women's sickness absence and RTW	The Netherlands	Individual interviews. Grounded theory	The researcher's personal contacts and health websites	13 women suffering from work-related psychological strain. On sick leave or off work: 0.5–8 years
Saint-Arnaud et al (38)	The work reintegration process among employees who were absent from work	Canada	Individual interviews. A version of grounded theory	Information flyers distributed by employee services, organizations and medical clinics	37 participants (25 W, 12 M). Sickness absence: 1–12 months.
Holmgren & Ivanoff (34)	How women perceive their possibilities for and obstacles to RTW	Sweden	Focus groups. Method not reported	Women participating in a cooperation project between a rehabilitation centre and the social insurance office	20 women with work-related strain. Average sickness absence: 93 days (shortest: 44 days, longest 180 days)
Noordik et al (36)	Barriers and solutions to full RTW	The Netherlands	Individual interviews. Grounded theory	Workers were recruited by their own occupational health practitioner	14 participants (10 W, 4 M) with stress, anxiety or depression. Average time to partial RTW: 4 months
Millward et al (40)	Attitudes to work among people diagnosed with clinical depression	UK	Individual interviews. Interpretative phenomenological theory	Local advertising in primary healthcare centres, word of mouth, and vocational trainers	19 participants (14 W, 6 M) with depression. Off work for >10 weeks.
Hillborg et al (33)	Circumstances affecting the opportunities to seek and obtain a job	Sweden	Individual interviews. Hermeneutic and content analysis	Rehabilitation professionals identified potential participants	8 participants (4 W, 4 M) with mostly depression. Sick leave: 1.5–3 years
Pittam et al (37)	What works in relation to a RTW service offered by employment advisors	UK	Individual interviews. Method not reported	Invitations were sent by letter to all clients who were referred to the service	22 participants (16 W, 6 M) with anxiety or depression. Work status: unemployed: 11, sick leave: 11 (average 11 weeks) still at work: 2
Cowls & Galloway (32)	How RTW-interventions are experienced	Canada	Individual interviews. Grounded theory	Through referral list focusing on clients who had traumatic histories and motivation for RTW	25 participants (gender not listed) with depression, anxiety or PTSD. On sick leave or off work for mostly 4–6 months.

Conducting a meta-ethnography involves three levels of analysis and organization of data: first-order concepts, second-order interpretations, and third-order syntheses (20, 21, 29). In this meta-ethnography, key concepts were developed analytically through the identification of concepts in the original studies (first-order concepts); for instance, the key concept “handling individual demands” emerged when at least two studies noted that the absence or presence of specific personal attributes affected the RTW process. The final analysis – the synthesis – consists of a re-interpretation of the key concepts in relation to the research questions guiding this meta-ethnography. The three-level analysis was conducted by all three authors. The first author developed a mind map at each step in the three-level analysis and a scheme showing the organization of the concepts. These were subsequently reviewed and adjusted by the second and third authors until consensus was reached.

Results

The search process in the six databases yielded 4136 unique articles after merging the different databases and removing duplicates (figure 2). The first author reviewed

titles and abstracts to determine whether they were relevant in terms of the inclusion criteria. This led to the exclusion of 4072 articles while 64 articles proceeded to full-article screening. Furthermore, three articles identified by reference lists were also retrieved in fulltext. The first and second authors read and evaluated these independently to judge if they met the inclusion criteria. If the full article gave insufficient information about the type of mental disorder, the authors of the article were contacted for further clarification of the type of disorder (30, 31).

After the full articles were reviewed, 59 out of 67 articles were excluded, mostly due to a lack of focus on RTW or because they were about people with severe psychiatric conditions. Eight articles proceeded to quality assessment (32–39). The quality assessment concluded that all eight studies were of sufficient quality and all therefore preceded to data extraction (table 2). Of these studies, three were rated as being of high quality (33, 36, 38) and five of medium quality (32, 34, 37, 39, 40). The studies ranked as medium quality were characterized by being relatively sparse in terms of describing context and with a limited discussion of negative cases and differences within data. The studies ranked as high quality were characterized by provision of an adequate description of the method, process of analysis, and context. Moreover, the nuances in the data were accounted for in these studies.

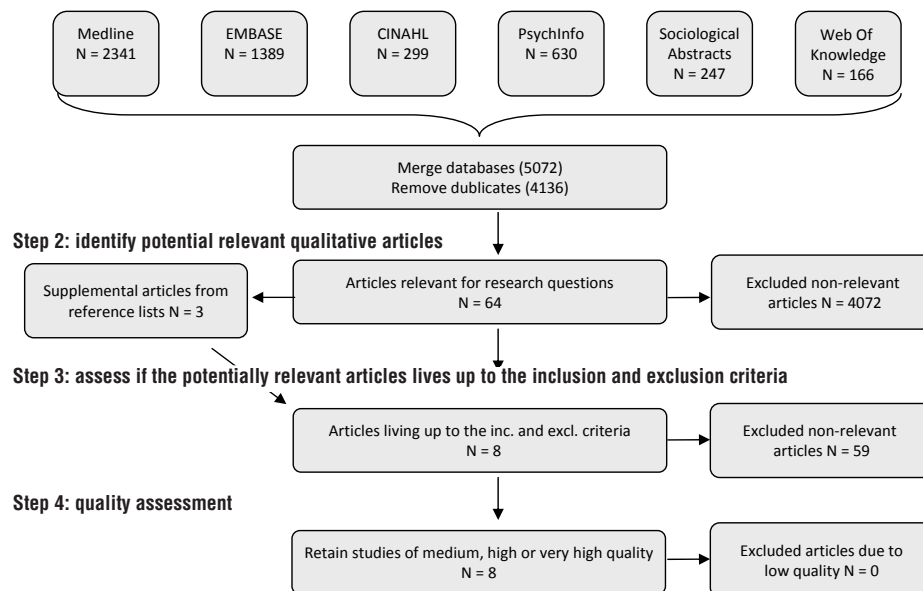
Step 1: systematic literature review

Figure 2. Flowchart of study inclusion process

Key concepts and meta-ethnography synthesis

Based on our three research questions, we identified first-order concepts in the eight studies. On the basis of this, we developed five new second-order key concepts. This section describes the five key concepts and their relevance for the RTW process (table 3).

Handling individual demands. Three studies noted that persons with CMD experienced individual psychological factors as obstacles to RTW (34, 36, 40). The employees reported reduced working capacity due to mental and physical symptoms such as exhaustion, reduced concentration, irritability, and forgetfulness (36). They found it difficult to protect themselves from exceeding their work capacity after resuming work as it was hard for them to set limits in demanding situations at work even though they considered this an important coping strategy for RTW (34, 36). A high sense of responsibility could make it difficult for the employees to set limits (34, 36). The employees reported that a high sense of responsibility could also result in a too early RTW, at too high a pace as the person on sick leave was afraid of being a burden to the employer (34). Some of the employees also reported their levels of perfectionism to be a cognitive barrier for RTW as it made it difficult for them to slow down their own work pace and accept their reduced work capability (34, 36).

Several studies showed that being on sick leave due to CMD often resulted in low self-efficacy. Many employees felt insecure about their capability to handle the work demands when returning to work and ques-

tioned their ability to change their behavior and personal attributes (34, 36, 40). The low self-efficacy affected the employees' trust in their chances of getting a new job or returning to the old job and might therefore prolong their sickness absence (34).

If the employees felt that the supervisor and colleagues attributed the sickness absence and the development of the CMD to individual factors exclusively and not to the work situation, their motivation to return to the same workplace decreased significantly as they did not believe that the employer would implement relevant workplace changes (34, 39).

Accommodations and social support at work. The reviewed studies showed that the employees' expectations and actual experiences of the social support available and the possibility for work accommodation and gradual RTW seemed to determine the employees' feelings, thoughts, and behavior in relation to RTW.

Several studies showed that employees preferred to return to work gradually as they were anxious about the impact of work on their health and felt incapable of working a full-time schedule due to mental and physical symptoms (32, 36, 38). Moreover, during the process of returning to work, the employees needed extra time to practice and utilize the RTW solutions and coping strategies they had developed and had to continuously evaluate whether they exceeded their work capacity (32, 36). The reviewed studies showed that reduced work hours alone were insufficient to secure RTW. Responsibilities and workload also needed to be increased gradually

Table 3. First-order concepts and key concepts. [RTW=return to work]

	Cowls & Galloway (32)	Hillborg et al (33)	Holmgren & Ivanoff (34)	Millward et al (40)	Noordik et al (36)	Pittam et al (37)	Saint-Arnaud et al (38)	Verdonk et al (39)
Handling individual demands								
Work capability			X		X			
Perfectionism and responsibility			X		X			
Self-efficacy			X	X	X			
Accommodations and social support								
Gradual RTW	X				X		X	
Accommodations	X		X		X		X	X
Social support			X		X		X	X
Competing interests between the systems								
Social insurance office								X
Occupational rehabilitation		X				X		
Mental healthcare	X	X			X		X	X
Communication between the systems	X			X	X			
The right time to return								
Anxious for relapse	X						X	X
Lack of control of timing		X					X	
Gap between intentions and implementation								
Factors increasing the gap					X		X	X
Factors decreasing the gap	X					X		

through relevant work accommodations (32, 36, 38, 39). Adaptation of the job content, additional manpower, improvement of communication at the workplace, job shadowing, and discontinuation of night shifts were mentioned as relevant modifications (32, 36). Even though work accommodations were seen as an important part of a successful RTW, a number of the employees feared or actually experienced that there had not been improvement or reorganization of their working conditions when they returned to work (34, 38, 39).

Most of the studies found that social support from both supervisors and colleagues played a vital part if gradual RTW and work accommodations were to result in full-time RTW (34, 36, 38, 39). Employees reported a need for social support both during the sick leave and in the process of returning to work. During sick leave, social support could consist of the workplace signaling that the employee was respected and missed and that the supervisor and colleagues showed that they believed that the mental health problem was genuine (34, 38). Several employees experienced a lack of social support during full-time sick leave. Either the employer did not contact them at all or the employee interpreted contact as the employer questioning the mental health problem (36, 38, 39). This was especially the case if the employer required the employee to submit to examination by a psychiatric expert (38). After returning to work, it was crucial that the employees were met with an understanding of their symptoms and their decreased work capacity and that supervisors and colleagues acknowledged and respected the arranged work accommodations (34, 36, 38).

One study found that the extent of the social support received by the employees depended on the cause of the CMD and sick leave: if the mental disorder was caused by stressful life events outside work such as the sudden death or serious illness of a spouse, the employees experienced that the supervisor and colleagues were quite understanding and supportive. But if the mental disorder was caused by economic problems, divorce, or the psychosocial work environment or if the mental disorder did not have a well-defined cause, the workplace was considered less supportive (38).

Different interests between the systems. The articles reported that employees often had contact with three systems during their sickness absence: the social insurance office, the mental healthcare system, and occupational rehabilitation services. The studies indicated that the three systems influenced the RTW process in different ways as the systems seemed to have conflicting interests and different perspectives concerning RTW.

Employees reported to have mainly negative experiences with the social insurance office, which they felt did not provide the necessary support as the social insurance office focused more on the employee returning to work or reporting fit for duty as soon as possible than on the mental health problem and needs of the person on sick leave (33, 39). As the insurance office often had the authority to decide whether employees were entitled to sickness benefits and relevant rehabilitation interventions, the contact with the social insurance office tended to weaken the employees' feeling of control and

thereby increased stress and anxiety (33, 38, 39). Moreover, some employees also experienced an inconvenient standstill in the RTW process as they had to wait for the social insurance office to grant relevant RTW activities, such as a course or work practice (33).

The studies showed that most of the employees evaluated their interaction with mental healthcare system positively and that they felt they benefited from the interventions offered (typically, psychotherapy and medication) (36, 39, 40). However, one study concluded that the mental healthcare system could have a negative effect on the RTW process as the interventions and health professionals could reinforce the illness identity and non-work identity of the employees by focusing narrowly on their symptoms and illness instead of their resources (40). Moreover, some of the studies found that psychotherapy and medication could contribute to an individualized interpretation of the mental health problem and sickness absence by focusing on the individual adaptation strategies rather than on relevant workplace changes (38, 39).

Several of the reviewed studies found that employees felt their contact with the occupational rehabilitation services enhanced their opportunities for a successful RTW (32, 33, 37). Employees found that the occupational rehabilitation services offered interventions they could utilize and transfer directly to their workplace (32) and that the interventions addressed and activated a process of change for both the individual and the workplace simultaneously (32). Especially interventions such as career guidance, strategies to negotiate and communicate with employers, assertiveness training (37), and the development of a concrete individualized RTW plan (32) were experienced as useful.

Thus, it seems that different systems had different forms of impact on employees in terms of employees' views on their readiness for RTW, the timing of the RTW, and the consequences of their CMD.

The right time to return. According to some studies, employees considered it difficult to estimate *when* they were ready to return to work. They did not know how many or how severe their symptoms were supposed to be when they returned and some were anxious about returning too soon due to fear of a relapse (38, 39). One study found that employees were recommended to develop stability of symptoms at home before returning to work (32) while another study noted that employees were encouraged to return while still experiencing symptoms (36). None of the studies reviewed identified indicators for employees' readiness for RTW.

Employees did not always appear to be in a position to decide on their own when to return to work. Sometimes it was the authorities (caseworkers at the social insurance office or doctors) who assessed the employees' work capacity and decided either to extend

the sick leave or refuse to prolong it (33, 38). Some studies found that it could be highly anxiety-inducing and stress-provoking if the person on sick leave was incapable of controlling the timing of the RTW (33, 38).

Gap between intentions and implementation. Several studies dealt with the issue of whether the persons returning to work managed to implement and maintain the planned and developed strategies for RTW at their workplace. RTW strategies could be oriented toward the individual such as reducing perfectionism and learning new ways of thinking about demanding situations and dealing with emotions or they could be workplace oriented such as introducing structural changes and work accommodations (32, 34, 36, 38).

The reviewed studies showed that in quite a few cases a problematic gap between the intentions and implementation of the strategies existed and that this gap could result in stagnation of the RTW process, relapse, and recurring sick leave (36, 38, 39). Both work-related and individual factors were found to be related to insufficient implementation. One study found that the focus of the workplace on productivity and performance-oriented goals could result in a cancellation of the agreement on gradual RTW and work modifications as there was limited time to implement the necessary changes (38). Performance-oriented goals could also prevent colleagues and supervisors from providing support as it was difficult for them to slow down their work pace to help the returned employee (38). Individual factors such as responsibility and perfectionism seemed also to contribute to the gap as these attributes could make it difficult for the employee to accept the legitimacy of using RTW interventions such as work accommodations and gradual RTW (34, 36).

Another reason for the problematic gap was offered by one study that concluded that interventions focusing solely on the person on sick leave could result in an insurmountable discrepancy between the new values and strategies of the person returning and the values and conditions of the workplace. This would make it impossible for the person to reintegrate into the culture and conditions of the workplace as only the individual and not the workplace had changed (39).

Discussion

Before we move on to the third-order synthesis, we will shortly sum up the findings from the second-order analysis and discuss some apparent contradictions between the key concepts.

We have shown that employees experienced obstacles and opportunities in relation to handling individual demands, social support, and accommodations at the

workplace, and the systems. They found it difficult to judge when the opportunities for returning outnumbered the obstacles, which made it difficult for them to decide the appropriate time to return. After RTW, they found it difficult to implement the planned solutions due to individual factors such as perfectionism, a high sense of responsibility, and low self-efficacy and work-related factors such as lack of social support and organizational structures complicating the implementation of work accommodations and gradual RTW.

Employees tend to rush to resume their tasks too quickly and find it difficult to protect themselves from exceeding their work capacity. At the same time, however, employees prefer to return to work gradually and they are anxious about the impact of work on their health. This could at a first glance be construed as a contradiction in findings. It may, however, be interpreted as an expression of an inner conflict and a feeling of ambivalence: employees struggle to maintain a (self-) image as competent, attractive, and resourceful individuals while struggling to regain mental health. This meta-synthesis reveals that it is difficult for employees to balance these two desires. The seeming contradiction could, however, also be a result of a fear of being fired or losing sickness benefits forcing the employees to return to work too early and at too high a pace even though they prefer a gradual RTW.

Synthesis – third-order interpretations

On the basis of the key concepts, we developed two third-order interpretations. The first one describes how pre-illness conditions influence the RTW process and the second highlights insufficient coordination between the systems. Finally, we suggest how an optimal RTW intervention could be designed.

Pre-illness conditions influence the RTW process. An important focus of this meta-ethnography is what characterizes the RTW process for employees with CMD. We conclude that we need to understand the RTW process as a continuous and coherent process where the employees' experiences of the past and their expectations of the future influence how they think, feel, and behave in the present in relation to RTW. Research has suggested that long-term sick leave due to musculoskeletal disorders consists of different temporal phases (13, 41, 42), but phase-oriented models deal only with the period *after* the onset of the sick leave (13, 42). This synthesis shows that it is insufficient only to look at this period to understand the outcomes of long-term sick leave. We also need to focus on the conditions under which employees left work because the cause of the CMD and sick leave seem to affect the degree of social support from supervisors and colleagues and the

way employees anticipate their chances of returning. In addition, the employees' anticipation of their ability to change themselves and cope with the work-related conditions in the future also seems to affect the employees' decision about returning.

Lack of coordination between the systems. The meta-synthesis points to an unfortunate lack of coordination between the different systems with which the employee is in contact during the RTW process. Each system has a different focus on the employee's situation and seem to have different – and sometimes conflicting – interest on behalf of the employee. The mental healthcare system tends to address only factors related to the health conditions and thereby forgets to handle obstacles in the workplace, whereas the social insurance office tends to have an interest in encouraging an early RTW forgetting how the medical condition may interfere with RTW. The occupational rehabilitation system mostly focuses on factors related to the workplace and therefore risks neglecting the involvement of the other systems. The lack of coordination can cause a feeling of confusion and uncertainty about *how* and *when* to return to work as the employee may be met with different advice, recommendations, and demands in a situation where the employee actually needs predictability, certainty, and a feeling of control over the mental health problem and the RTW process.

As mentioned, employees are not always in a position to decide themselves when to return to work. Sometimes authorities (caseworkers at the social insurance office or doctors) decide either to extend the sick leave or refuse to prolong it. An important question remains unanswered in the studies included in this meta-synthesis: Who is best qualified to decide when and how to return? Should employees decide the timing even though they find it difficult to estimate when they are ready to return to work and even though their fear of relapsing could prolong their sick leave unfavorably? Or are authorities the best judges of the capability and readiness of the employee to return? The findings of this meta-synthesis indicate that neither the employee nor one single authority is capable of making this decision. Decisions in relation to the RTW process should be made jointly between the employees, supervisors, doctors, and social insurance offices as this could reduce the doubt and uncertainty in relation to when and how to return.

How can we improve RTW for employees with CMD?

A synthesis of our five key concepts developed across the eight studies induced us to suggest that RTW interventions should be based on the biopsychosocial model (43). Our meta-synthesis identified obstacles in all three components of the model: (i) exhaustion, reduced concentration, and forgetfulness can be seen as an obstacle

at the biological level; (ii) perfectionism, a high sense of responsibility and low self-efficacy can be seen as obstacles at the psychological level; and (iii) low social support and lack of coordination between the systems can be seen as obstacles at the social level.

In light of the above, we therefore argue that an optimal RTW intervention identifies and addresses obstacles and opportunities within all three components of the biopsychosocial model and considers their interrelation. For example, the presence of medical symptoms would not necessarily be a decisive obstacle for RTW if the work capability of the employee were assessed and a detailed individualized RTW plan for how the work tasks should be modified were developed.

To reduce the gap between intention and implementation, the RTW intervention should not only focus on the coping strategies of the employee but also on the workplace and facilitate social integration of the returned employee. This could be done by training a colleague to become a mentor for the returning employee or by teaching supervisors and colleagues about CMD and how to support the employee in the RTW process. As the RTW process is a continuous and coherent process involving the past, present, and future, it is important to illuminate how supervisors and colleagues perceive the cause of the CMD and sick leave because this can influence the support offered to the returning employee.

Coordination between systems is a precondition for a successful RTW. In Denmark, a large-scale RTW program based on the biopsychosocial model and aiming to enhance the coordination between the systems is being tested (44). The goal is to educate caseworkers to act as designated RTW coordinators responsible for the coordination between the different systems and the workplace. The RTW coordinator works in close collaboration with a designated multidisciplinary RTW unit consisting of a psychologist, physical therapist, medical doctor, and a psychiatrist. The RTW unit assesses the work capability of the employee and meets with the RTW coordinator to discuss work modifications necessary for return – all in close collaboration with the person on sick leave. Approximately 12 600 working-age adults on sick leave due to mental or physical health problems will participate in the RTW program from April 2010 until March 2012. The Danish National Research Centre for the Working Environment is conducting a process and effect evaluation of the program. The results of the study will be available in 2013.

Qualitative evidence: strengths and limitations

We found the meta-ethnography method suitable for the investigation of our research questions, and it helped us identify the complexities and multiple factors of the RTW process. The development of the five key

concepts provided a relevant and significant starting point for our synthesis. We believe that our systematic integration of qualitative research has contributed to the literature by illuminating underlying factors important for RTW for employees with CMD and offering insights into how RTW might succeed or fail. No single study described all the obstacles to and facilitators of RTW that we identified in this meta-synthesis. In addition, by integrating the different timeframes of the individual studies, we were able to describe the RTW process as a continuous and coherent process involving the past, present and future.

Conducting this meta-ethnography presented us with a number of challenges and limitations that need to be considered. Despite having a comprehensive search strategy, only eight studies met our inclusion criteria. This is a limited number compared to the meta-ethnography on severe psychiatric conditions by Fossey & Harvey (12), who identified and included 20 studies and MacEachen et al (20), who identified and included 13 studies. This result highlights the need for more qualitative studies on RTW of employees with CMD from the perspective of the person with CMD in order to obtain a greater understanding of how employees perceive the RTW process and which factors facilitate return.

Another possible limitation is that the studies included in our meta-ethnography differed from each other in a number of ways. First, the studies were conducted in four different countries (The Netherlands, Canada, Sweden, and the UK) and therefore employees in the studies had somewhat different contextual conditions for their RTW process. Second, some of the studies recruited only women (34, 39) whereas others recruited both men and women (33, 36–38, 40). Third, differences were identified between the studies and within the individual study regarding the severity of the CMD and the length of the employees' absence from work. Finally, the studies used different qualitative research methods. A criticism often leveled against meta-syntheses is the risk of overlooking the explanatory context when studies from different contexts are included (23, 45). Unfortunately, only two of the eight studies reported on the sociocultural context relevant for RTW (36, 39) and none of the studies did sub-sample analysis or reported whether any differences existed in the employees' perceptions of RTW depending on the length of their sick leave or medical condition. We considered it to be too demanding and time consuming to uncover and describe the complex sociocultural context of the countries from which the studies originated at the specific time the data of each study were collected. It is therefore not possible for us to take these differences into consideration even though they might be relevant for our findings. Although, none of the related meta-ethnographies have addressed or solved this challenge,

our meta-ethnography has shown that the identified opportunities and obstacles in relation to RTW are quite consistent irrespective of contextual factors.

Another challenge for this meta-ethnography was that only three of the studies were of high quality. Nevertheless, we concluded that the studies of medium quality also contributed with relevant and significant information to this meta-ethnography.

Future research

In this meta-ethnography, we draw attention to the need for more high-quality qualitative research on RTW for employees with CMD that takes contextual factors into consideration (eg, how the system is set up, legislation and policies, doctors' attitude to RTW) and investigates whether the RTW process and facilitators of and obstacles to RTW differ in relevant subgroups such as (i) employed versus unemployed persons with CMD and (ii) employees on short- versus long-term sick leave. We also recommend conducting a review including studies of relevant stakeholders' views on the RTW process, for example through the lens of supervisors, case managers, or personnel in the mental healthcare system.

As we argue that the RTW process needs to be seen as a continuous and coherent process, a trajectory research approach is requested. We therefore call for qualitative studies that investigate the employees' thoughts about the past, present, and future and that follow employees over an extended period by conducting multiple interviews to investigate if, how, and why their behaviors, thoughts, and feelings in relation to RTW change over time. We would also encourage research that examines causes of and solutions to the identified gap between intentions and implementation as there is a high risk of recurrent sick leave for employees with CMD (46). It is therefore important to conduct qualitative studies that identify what employees, supervisors, colleagues, practitioners, and other stakeholders can do to minimize the gap.

A further call for future research that we will only mention in passing here concerns a promising framework for investigating the process of sick leave and RTW. Through empirical research on back troubles, Gannik (47, 48) has developed a social theory on situational disease inspired by Alonzo's situational perspective on illness behavior (49, 50). Gannik's theory on situational disease has the advantage of looking at health problems as social and relational phenomena developed and shaped through the interaction between people in different situations. According to Gannik's theory, a disease is reversible and changeable depending on changes in the person-situation relation. Gannik's perspective on disease, therefore, aligns with the findings of this meta-ethnography that social relations and contextual condi-

tions at the workplace determine employees' experience of their readiness to return to work and opportunities for returning. We therefore encourage future research to use Gannik's situational perspective on disease to enhance our understanding of the RTW process.

References

1. Bultmann U, Huibers MJH., Van Amelsvoort LPGM., Kasl SV., Swaen GMH., Kant U. Psychological Distress, Fatigue and Long-Term Sickness Absence: Prospective Results From the Maastricht Cohort Study. *J Occup Environ Med.* 2005;47:941-7.
2. Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:875-80.
3. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ.* 2005;330:802-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7495.802>
4. Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Kaplan GA, Salonen JT, Manninen P. Depression and early retirement: Prospective population based study in middle aged men. *Epidemiol Community Health.* 2005;59:70-4. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.010702>
5. OECD. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries.* Paris: OECD Publishing; 2010.
6. Waddell G. *The Back Pain Revolution.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
7. Blank L, Peters J, Pickvance S, MacDonald E, Wilford J. Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil.* 2008;18:27-34. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8>
8. Knudsen AK, Iverland S, Aakvaag HF, Harvey SB, Hotopf M, Mykletun A. Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *J Psychosom Res.* 2010;69:59-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.03.007>
9. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aaro LE. A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1412-8. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.8.1412>
10. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, Mykletun A. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep.* 1920;31:875-80.
11. Borg V, Andersen MN, Kolte IV, Andersen MF. *White paper on mental health, sickness absence and return to work.* Copenhagen: National Research Centre for the Working Environment; 2010.

12. Fossey E, Harvey Carol. Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Can J Occup Ther.* 2010;77:303–14. <http://dx.doi.org/10.2182/cjot.2010.77.5.6>
13. Franche RL, Krause N. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. *J Occup Rehabil.* 2002;12:233–56. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020270407044>
14. Aas RW, Ellingsen KL, Linøe P, Möller A. Leadership Qualities in the return to work process: A content analysis. *J Occup Rehabil.* 2008;18:335–46. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-008-9147-y>
15. Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Cote D, Rouleau A. Representations: An Important Key to Understanding Workers Coping Behaviors During Rehabilitation and the Return-to-Work Process. *J Occup Rehabil.* 2007;17:522–44. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-007-9089-9>
16. Høgelund J. In: Search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of Dutch and Danish Disability Policies. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2003. <http://dx.doi.org/10.5117/9789053566442>
17. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Borer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32:67–74.
18. Schuring M, Burdorf L, Kunst A, Mackanbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Epidemiol Community Health.* 2007;61:597–604. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.047456>
19. Fadyl J, McPherson K. Return to Work After Injury: A Review of Evidence Regarding Expectations and Injury Perceptions, and their Influence on Outcome. *J Occup Rehabil.* 2008;18:362–74. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-008-9153-0>
20. MacEachen M, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32:257–69.
21. Noblit GW, Hare D. Meta-ethnography, synthesizing qualitative studies. Newbury Park: Sage Publications; 1988.
22. Paterson BL, Thorne SE, Canam C, Jillings C. Meta-study of qualitative health research. California: Sage Publications Ltd.; 2001.
23. Thome S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qual Health Res.* 2004;14:1342–65. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732304269888>
24. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy.* 2005;10:45–53. <http://dx.doi.org/10.1258/1355819052801804>
25. Gewurtz R, Kirsh B. Disruption, disbelief and resistance: A meta-synthesis of disability in the workplace. *Work.* 2009;34:33–44.
26. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L. Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence. London: Government Chief Social Researcher's Office; 2003.
27. MacEachen E, Kosny A, Scott-Dixon K, Facey M, Chambers L, Breslin C, et al. Workplace Health Understandings and Processes in Small Businesses: A Systematic Review of the Qualitative Literature. *J Occup Rehabil.* 2010;20:180–98. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9227-7>
28. Rocco TS. Criteria for evaluating qualitative studies. *Human Resource Development International.* 2010;13:375–8. <http://dx.doi.org/10.1080/13678868.2010.501959>
29. Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy.* 2002;7:209–15. <http://dx.doi.org/10.1258/135581902320432732>
30. Bergmans Y, Carruthers A, Ewanchuk E, James J, Wren K, Yager C. Moving from full-time healing work to paid employment: Challenges and celebrations. *Work.* 2009;33:389–94.
31. Munro I, Edward KI. The recovery journey: Employment support for people with depression and other mental illnesses. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH).* 2008;7:1–8.
32. Cowsls J, Galloway E. Understanding how traumatic re-enactment impacts the workplace: Assisting clients successful return to work. *Work.* 2009;33:401–11.
33. Hillborg H, Svensson T, Danermark B. Towards a working life? Experiences in a rehabilitation process for people with psychiatric disabilities. *Scand J Occup Ther.* 2010;17:149–61. <http://dx.doi.org/10.3109/11038120902906303>
34. Holmgren K, Ivanoff SD. Women on sickness absence - views of possibilities and the obstacles for returning to work. A focus group study. *Disabil Rehabil.* 2004;26:213–22. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280310001644898>
35. Millward LJ, Lutte A, Purvis RG. Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *J Psych Mental Health Nursing.* 2005;12:565–73.
36. Noordik E, Nieuwenhuijsen K, Varekamp I, van der Klink JJ, van Dijk F.J. Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2010;1–11.
37. Pittam G, Boyce M, Secker J, Lockett H, Samele C. Employment advice in primary care: a realistic evaluation. *Health Soc Care Community.* 2010;18:598–606. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00929.x>
38. Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Demasse J. Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Can J Commun Ment Health.* 2006;25:303–15.
39. Verdonk P, de Rijk A, Klinge I, de Vries A. Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Educ Couns.* 2008;73:300–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.003>

40. Millward LJ, Lutte A, Purvis RG. Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *J Psych Mental Health Nursing*. 2005;12:565–73.
41. Schultz I, Stowell A, Feuerstein M, Gatchel R. Models of Return to Work for Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil*. 2007;17:327–52. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-007-9071-6>
42. Young A, Roessler R, Wasiaak R, McPherson K, van Poppel M, Anema J. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *J Occup Rehabil*. 2005;15:557–68. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>
43. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196:129–36. <http://dx.doi.org/10.1126/science.847460>
44. Aust B, Helverskov T, Nielsen MBD, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K. The Danish national return-to-work program – aims, content, and design of the process and effect evaluation. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(2):120–133. <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3272>.
45. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:1–10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-8-21>
46. Koopmans P, Bultmann U, Roelen C, Hoedeman R, van der Klink J, Groothoff J. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Arch Environ Occup Health*. 2011;84:193–201. <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>
47. Gannik D. Situational disease: elements of a social theory of disease based on a study of back trouble. *Scand J Prim Health Care Suppl*. 2002;20:25–30. <http://dx.doi.org/10.1080/028134302317310741>
48. Gannik DE. Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv. [Situational disease - a situational perspective]. Copenhagen: Forlaget Samfundslitteratur; 2005.
49. Alonzo A. An illness behavior paradigm: A conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc Sci Med*. 1984;19:499-510. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90045-5](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(84)90045-5)
50. Alonzo AA. Everyday illness behavior: A situational approach to health status deviations. *Soc Sci Med Part A*. 1979;13:397–404.

Received for publication: 20 June 2011

How do Workers with Common Mental Disorders Experience a Multidisciplinary Return-to-Work Intervention? A Qualitative Study

Malene Friis Andersen · Karina Nielsen · Svend Brinkmann

© The Author(s) 2014. This article is published with open access at Springerlink.com

Abstract *Purpose* Long-term sick leave due to common mental disorders (CMD) is an increasing problem in many countries. Recent reviews indicate that return to work (RTW) interventions have limited effect on reducing sickness absence among this group of sick-listed. The aims of this study were to investigate how sick-listed persons with CMD experienced participating in an RTW intervention and how workability assessments and RTW activities influenced their RTW-process, and to examine the working mechanisms of the intervention. The gained knowledge can help improve future RTW intervention design and implementation. *Methods* In-depth interviews were conducted with 17 participants on sick leave due to CMD who participated in an RTW intervention. Interviews were conducted at three time points with each participant. Principles of interpretative phenomenological analyses guided the analysis. *Results* The workability assessment consultations and RTW activities such as psychoeducative group sessions and individual sessions with psychologist could result in both motivation and frustration depending on the extent to which the RTW professionals practiced what we have termed an individual approach to the sick-listed person. *Conclusions* The individual approach seems

necessary for the realization of the positive potential in the RTW intervention. However, the fact that RTW professionals are both the facilitators and the controllers of the sick-listed persons' RTW process is an inherent paradox in the intervention, which can impede the necessary establishment of a high-quality relationship between the sick-listed persons and RTW professionals.

Keywords Sick leave · Mental disorders · Intervention · Rehabilitation · Return to work · Qualitative research

Introduction

Long-term sick leave due to common mental disorders (CMD), such as depression, anxiety and stress-related disorders is an increasing problem in many countries [1–6]. Long-term sick leave is a major risk factor for early withdrawal from the labour market, and only 50 % of those off work for more than 6 months due to poor mental health return to work [7]. CMD make up an increasing percentage of claims for disability benefits [6, 8]. CMD-related sick leave and withdrawal from the labour market is not only costly for society and workplaces due to compensation costs and lost productivity [9], being off work also frequently has negative consequences for the individual, because work is socially highly valued and beneficial to self-respect, identity, health and general well-being [10]. To reduce both the human, societal, and economic consequences of long-term sick leave due to CMD, a better understanding of the factors that either facilitate or complicate Return To Work (RTW) for employees with CMD is warranted.

In recent years there has been an increasing interest in research on the effectiveness of RTW interventions for

M. F. Andersen (✉)
National Research Centre for the Working Environment, Lersø
Parkallé 105, 2100 Copenhagen Ø, Denmark
e-mail: mfa@nrcwe.dk

K. Nielsen
Work and Organisational Psychology, Norwich Business,
University of East Anglia, Norwich Research Park,
Norwich NR4 7TJ, UK

S. Brinkmann
Department of Communication and Psychology, University of
Aalborg, Kroghstræde 3, 9220 Aalborg, Denmark

employees on sick leave due to CMD. Three reviews on the effects of RTW interventions for persons on sick leave due to CMD have been published in the last few years [11–13]. The review by Arends et al. found positive results for partial RTW for RTW intervention based on problem solving therapy, but not for interventions based on cognitive behavioral therapy. Neither of the two types of interventions succeeded in decreasing the time to full RTW compared to usual care [11]. Pomaki et al. [13] concluded in their review that workplace-based interventions can improve work disability outcomes defined as (1) work absence duration, (2) work functioning, (3) quality of life, and 4) economic outcomes for persons with CMD. The effects were highest for the last three outcomes and only one study showed moderate evidence for reduced work absence duration. The third review included studies on the effect of RTW interventions for persons on sick leave irrespective of their specific medical diagnoses [12]. Hoefsmits et al. [12] concluded that early interventions (less than 6 weeks' sick leave) and multidisciplinary interventions support RTW for all medical conditions, but interventions addressing physical health problems were more effective than those addressing mental health problems [12]. The general conclusion based on the three reviews seems to be that RTW interventions for workers on sick leave due to CMD have no or only a limited effect on time to full RTW. The reviews mostly explain the limited effect by referring to methodological issues such as small numbers of participants in the studies and high-quality of usual care [11–13].

The majority of studies on RTW interventions are exclusively evaluated by quantitative methods focusing on specific outcomes such as time to RTW, severity of symptoms, work functioning, etc. While quantitative studies are optimal for investigating the effects of RTW interventions, they are not suitable for capturing the complex processes characterizing the experience of returning to work [14–16]. The increase in sick leave due to CMD and the limited effect of RTW intervention point to important questions that are so far unanswered. In this article we want to investigate:

- How do persons on sick leave due to CMD experience workability assessments?
- How do persons on sick leave due to CMD experience the RTW activities offered?
- What are the working mechanisms of the RTW program and which underlying dynamics of the RTW program influence the sick-listed persons' RTW-process?

Qualitative research can help us shed light on these questions and thereby contribute to interpretations of quantitative findings. A meta-synthesis of qualitative

research on RTW for employees on sick leave due to CMD identified and included eight studies on sick-listed persons' experience of the RTW-process [14]. The studies included focused more broadly on general obstacles to and opportunities of returning to work. Only a few studies focused somewhat on the sick-listed persons' experiences with a concrete RTW intervention [14]. In relation to the last topic the studies pointed to the importance of receiving flexible and continual support from an occupational therapist that also coordinated the RTW-process with relevant stakeholders [17–19]. We have limited knowledge of how persons on sick leave due to CMD experience participating in an RTW intervention and how specific elements and activities in an RTW intervention influence their RTW-process. This knowledge, however, is important to further tailor RTW interventions to the needs of persons sick-listed with CMD. The aim of this qualitative study was to explore how sick-listed persons with CMD experienced participating in the largest randomized RTW intervention in the world [20, 21]. The RTW intervention is described in detail below.

This article is based on a longitudinal qualitative interview study conducted with 17 workers on sick leave due to CMD, who participated in an RTW intervention carried out in Denmark from April 2010 to April 2012 (Henceforth referred to as the RTW program). The RTW program was implemented in 22 municipalities in Denmark and approximately 13.000 workers on sick leave regardless of medical diagnosis participated in the intervention [22]. A Danish report on the preliminary results of the project concluded that on the whole the RTW intervention did not succeed in reducing sick leave, however, there were great variations across municipalities [22].

Materials and Methods

Design and Theory

Theoretically this study is inspired by Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (see the section Analysis) developed by Jonathan Smith [23, 24]. IPA is founded on phenomenology (being an approach to the study of human experience), hermeneutics (the theory of interpretation) and symbolic-interactionism (focusing on the meanings people attach to situations, which can only be accessed through interpretation) [25]. IPA stresses the importance of interpretation and is founded on the idea that the inner world of a person is reachable through qualitative inquiry: “it [IPA] assumes an epistemological stance whereby, through careful and explicit interpretative methodology, it becomes possible to access an individual's cognitive inner world.” [25]. Our study draws on assumptions from post positivism

(we acknowledge that the sick listed workers are actually experiencing “real” symptoms) as well as from constructionism (we assume that *how* they understand and interpret their symptoms is influenced by cultural meanings and discourses) [26].

Three semi-structured interviews were conducted with each of the 17 participants recruited for this study. Our study addresses the call of Andersen et al. [14] for longitudinal qualitative research investigating the RTW-process from the perspective of the person on sick leave. Conducting three interviews with each participant over an extended period of time (6–7 months) enabled us to hypothesize on relationships between different subjects and provided information on whether the participants’ experience and perception of the RTW program, their health problem and work situation changed over time. Besides, the prospective research design enabled us to explore the participants’ immediate experiences, feelings and decisions while the outcome of their situation was still uncertain.

Participants

Participants were recruited when randomized to the Danish RTW program. The inclusion criteria for this interview study were (1) the participant stated that she or he was on sick leave due to stress or depression, (2) the participant was randomized to the RTW program after being on sick leave for approximately 8 weeks, (3) the participant spoke and understood Danish. Two recruitment strategies were used: (1) Recruitment by letter: Twice a week invitation letters were distributed to individuals matching the inclusion criteria from six municipalities; and (2) Recruitment face-to-face: Caseworkers in one of the six municipalities identified workers on sick leave matching the inclusion criteria and invited them to receive more information on the study from the first author in an office next door. Even though we aspired to get a homogenous sample, the lack of an official definition of stress as a disorder [27, 28] had as a consequence that the sick-listed workers who reported stress as the cause of their sick leave often had a number of symptoms identical with those related to anxiety disorders and adjustment disorder. Therefore we found it more appropriate to define the participants more broadly as being on sick leave due to common mental disorders and not narrowly on leave due to stress or depression.

Setting

The RTW program consisted of an early, multidisciplinary, and coordinated effort within the existing legal framework and under the management of the municipal sickness benefit offices. Each municipality established at least one multidisciplinary unit consisting of RTW coordinators

(municipal sickness benefit officers), RTW teams (psychologists and physiotherapists/ergo therapists), and clinical units (psychiatrists and physicians from occupational, social or internal medicine) (Henceforth referred to as RTW professionals). The RTW program was aimed at persons on sick leave categorized by the sickness insurance offices as having complex health related problems irrespective of medical diagnoses.

The person on sick leave participated in a meeting with the RTW coordinator before the end of the eighth week of sick leave. At the first meeting, the RTW coordinator used a standardized assessment tool that identified resources and barriers for RTW related to physical and mental health, work, and occupational situation. On the basis of the gained information, the RTW coordinator decided if involvement of the RTW team and clinical unit was needed. In more complex cases (approximately 50 % of the cases) the RTW coordinator had to involve the RTW team for further workability assessment and in the most complex cases the clinical unit was involved (approximately 25 % of the cases). The multidisciplinary unit held weekly meetings where they coordinated and discussed cases and decided on a tailored RTW plan suggesting relevant RTW activities for the person on sick leave. According to Danish law, members of the multidisciplinary team are not allowed to offer traditional treatment such as psychotherapy. Instead the offered RTW activities typically consisted of psycho-educative group sessions, a few individual sessions with the psychologist, physical exercise, and meetings with the workplace (for more details on the intervention see [20, 22]).

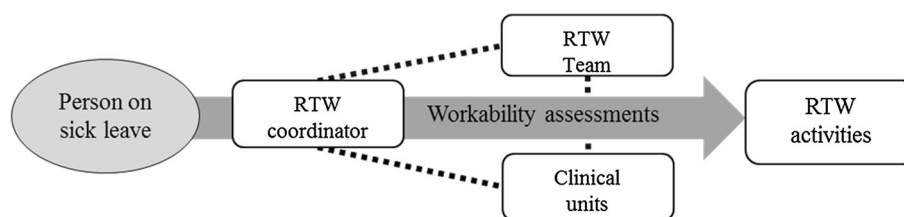
Figure 1 shows the possible pathways for the person on sick leave when participating in the RTW program.

The sick-listed persons’ participation in the intervention was not voluntary. According to the law, workers on sick leave have to participate in workability assessments and RTW activities offered by the social insurance office if the RTW coordinator estimates that it would enhance the chances of returning to work. If they refuse to do so, their sickness benefits could be withdrawn. It is important to take this legal context into account to understand the conditions under which the persons on sick leave experienced their RTW-process [14].

Data Collection

The first interview was conducted just after the randomization to the RTW program, the second interview was conducted approximately 3 months after the first interview and the third interview 6–7 months after the first interview. This research design made it possible for us to follow the participants over an extended period of time. The first interview was conducted before the beginning of the

Fig. 1 Pathways in the RTW program



intervention and enabled us to explore how the participants experienced being on sick leave due to CMD. This knowledge is important in order to understand the background of the participants as it can influence how they experience and interpret the RTW program.

The content of the interview guides was the same for all three interview sessions for most themes, however, in relation to the RTW intervention the first interview addressed the expectations, hopes, needs and fears in relation to the intervention offered by the municipality and the RTW-process, whereas the second and third interviews addressed the actual experience of the RTW program. Furthermore, at the first interview the interview guide included a number of questions concerning background information of the sick listed worker and the period up to the onset of the sick leave.

The interviews were all conducted by the first author (psychologist). They lasted between 1 and 2.5 h and were all audiotaped and transcribed verbatim. Interviewees decided where the interview took place. Most of the interviews were conducted in the homes of the sick listed persons. A few were conducted at the first author's workplace, one interview at the workplace of one interviewee and another interview was conducted in a meeting room in a public library. Three interviews were conducted by phone due to practical problems arranging the interviews face-to-face. The interview guide was tested in a pilot phase and the final version of the guide comprised overall themes such as: Illness representation, work situation, perceptions of barriers and resources for RTW, experience of the RTW program, appraisal of the influence of the RTW program on the health problem and RTW-process. The interview guides were explorative apart from the investigation into the theme "illness representation" which was partly theory-driven [29–37]. In Denmark an approval from Ethical Committee was not required as this study did not include biomedical research, but the study was registered with the Danish Data Protection Agency [38] and we followed the ethical guidelines provided by the British Psychological Society. It was stressed in the beginning of every interview that participation was voluntary and that the participants were free at any time to withdraw from the study. Full anonymity was guaranteed and all information was kept confidential. In the invitation letter and at all three interviews the sick listed workers were informed that refusal to participate in or withdraw from the

interview study would have no influence on their claim to sickness benefit nor on the intervention offered.

Analysis

The study is phenomenological in a broad sense, i.e., with an interest in the lived experiences of the participants, but it deviates from the strict phenomenological methodology developed by Amedeo Giorgi [39], for example, and is instead in line with principles from Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) developed by Smith and colleagues [23, 24]. IPA is inductive and concerned with exploring a person's lived experiences and how he or she makes sense of important transitions and decisions in life [23, 24]. The method is suited to studies that aim to relate findings to bio-psycho-social theories [25] and it has shown its relevance in exploring the psychological and dynamic processes characterizing individuals' experiences of sickness and reduced functional level [23, 40–42]. Due to the large amount of data, a slightly adapted version of IPA was applied: The 51 interviews were all read and re-read by the first author and units of meaning were identified as central aspects of the participants' experiences and narratives. On the basis of this identification, themes and categories were developed and all 51 interviews were coded in the qualitative data analysis software NVivo 9 (QSR International Pty Ltd., Version 9, 2010) in accordance with these themes and categories. Apart from the codes related to illness representation [34, 43], which is not presented in this article, all codes and categories were data driven and emerged from the material. The codes were adjusted if needed and the interviews were re-coded if any adjustments were made. Mind maps of the themes, categories and their interrelatedness were developed by the first author and these were discussed and changed until consensus was obtained by all three authors. In this article we focus on emergent key themes for the whole group. In line with the IPA recommendations for working with large samples we have focused on summarizing and condensing the main themes [24]. Therefore the analysis and presentation of each case will inevitably be less detailed—but still detailed enough to ensure that the identified group level themes can be illustrated with particular examples from the cases [24].

IPA stresses the importance of the researchers knowing their own fore-conception (prior experiences, assumptions,

Table 1 Participant description

Participant	Sex & Age	Reason for sick leave	Work status at the three interviews
1	M, 39	S	1:FS, 2:PR, 3:FR
2	F, 40	S	1:FS, 2:FR, 3:FS
3	F, 32	D	1:FS, 2:FS, 3:FS
4	F, 47	S	1:FS, 2:PR, 3:PR
5	F, 59	D	1:FS, 2:FS, 3:FS
6	F, 55	S	1:FS, 2:FS, 3:FS
7	F, 49	S	1:FS, 2:FS, 3:O-E
8	M, 38	D	1:FS, 2:O-E, 3:O-E
9	M, 31	D	1:FS, 2:FS, 3:FS
10	F, 55	S	1:FS, 2:PR, 3:PR
11	F, 49	D	1:FS, 2:FS, 3:FS
12	F, 55	S	1:FS, 2:PR, 3:FR
13	F, 48	D	1:FS, 2:O-E, 3:O-E
14	F, 23	D	1:FS, 2:O-E, 3:FR
15	F, 43	S	1:FS, 2:PR, 3:FR
16	F, 26	S	1:FS, 2:O-E, 3:FR
17	M, 61	D	1:FS, 2:FR, 3:FR

M male, *F* female, *S* stress, *D* depression, *FS* full time sick leave, *PR* partial RTW, *FR* full RTW, *O-E* off the sick list but unemployed

preconceptions) of the subject under scrutiny [24]. To meet this demand a high degree of reflexivity in the research process is required. Accordingly, the first author received supervision from an external clinical psychologist during both data collection and data analysis in order to secure a constantly nuanced level of reflection as well as awareness of her own role as a researcher and her own personal bias. Furthermore, during the research project the three authors discussed and reflected on selected material in relation to their own fore-conceptions.

Results

Participants

Invitation letters were sent to 93 potential participants and approximately 20 % of those invited accepted to participate. For ethical reasons we did not explore the reasons for refusal to participate due to the vulnerability of the sample. A total of 18 participants were recruited. One participant withdrew after the first interview. The participant who withdrew first agreed to participate in the second interview but when we tried to arrange a time for the conduction of the second interview she did not reply to a number of emails and phone calls. We do not know the reasons for this.

Three interviews were conducted with the remaining 17 recruited participants (13 women and 4 men). This article is therefore based on 51 interviews. The average age of the

participants was 44 years (range 23–61 years). Nine were on sick leave due to self-reported stress and 8 due to self-reported depression. The participants were employed in various occupations such as manual work, people-related jobs and knowledge work. At the last interview session, 11 participants had returned to work full time or part time or were no longer on sick leave (Some of the participants were laid off during their sick leave and therefore had no job to return to. When the authorities declared them able to return to work or they did so themselves they would typically receive sickness benefit or social welfare and be obliged to apply for a new job). Six participants were still on sick leave at the last interview session (See Table 1 for detailed information on the participants).

Participants' Perceptions of the RTW Program

We will present our analysis of the interviews under three headlines: Persons with CMD's experience of workability assessment, Persons with CMD's experience of RTW activities, and Working mechanisms of the RTW program. The analysis of the interviews revealed three categories in relation to each of the main themes. Under the headline Persons with CMD's experience of workability assessment the following three categories will be presented: 1. Participants' uncertainty about the aim of the assessment consultations, 2. The difficulty of verbalizing one's mental condition, 3. Fear of intensification of symptoms. Under the second headline Persons with CMD's experience of RTW activities the following three categories will be presented: 1. Few individual sessions with RTW psychologist, 2. Psycho-educative group sessions, 3. Inadequate RTW activities. Under the last headline Working mechanisms the following three categories will be presented: 1. Individual approach, 2. RTW professionals as legitimate experts, 3. Multidisciplinarity. In the section Discussion below we will present a model showing possible interrelatedness between the themes in order to qualify our understanding of how and why the RTW program manages or fails to improve the chances of RTW for people on sick leave due to self-reported stress or depression.

Before going into detail with these themes, we will situate the participants of our study. It is important to understand their perception of and experiences with being on sick leave and their understanding of their medical condition as well as their feelings as these aspects seem to influence their perception of the RTW program and its success in meeting their needs.

Being on Sick Leave Due to CMD

The participants had different social, economic and work related backgrounds, and the major causes of the

development of the mental health problem and sickness absence also seemed to differ. Still, they shared a number of common features and conditions related to the experience of being on sick leave due to CMD.

Almost all participants reported symptoms such as concentration problems, memory problems, feelings of inadequacy, self-reproach, low self-esteem, low energy, negative thinking. They experienced considerable and unpredictable fluctuations of symptoms, which made it difficult for them to estimate the state of their mental condition, and, consequently, when and how to return to work. They all found it difficult that their health problem was invisible and diffuse, and they lacked certain knowledge about when they had recovered. Without this knowledge it was difficult for them to navigate and make decisions about RTW:

I have not broken a leg, that's true, I have not been operated on, that's true too. But actually, I would have preferred that. Because that heals. But this is not easy, because you don't know if it heals, and if it heals how much is lost and broken, anyway? It is difficult for people to understand, measure and see, because it is not concrete. Then it becomes diffuse, and then you become insecure. (Interview 1 with participant 11, woman, 49, on sick leave).

The majority of the participants was ashamed of their CMD and saw it as a personal defeat to have to report sick and no longer be able to cope with normal, everyday activities. Often they found their CMD and their sickness absence both illegitimate and unacceptable:

You feel really, really bad about being on sick leave. At least I do. I felt enormously guilty about letting everybody else down. Although the people I had worked with hadn't treated me nicely I think: 'It will be hard for them, the children will suffer, and what will the parents think?' You have a lot of thoughts because somehow it is a major defeat to have to say: Okay, now I simply have to report sick because I have had it. (Interview 1 with participant 14, woman, 23, on sick leave).

For many of the participants, it was their first experience with a mental health problem, and for many a number of negative occurrences preceded the development of their CMD. Having developed a mental health problem, and being on subsequent long-term sick leave, led to a feeling of existential disturbance of identity: One no longer knows for sure who one is.

Persons with CMD's Experiences of Workability Assessments

In this section we will present our findings in relation to our first research question on how the workability assessments

were experienced. The participants reported different experiences with the assessment consultations with the RTW team. The participants who had positive experiences with the assessment felt that it helped create structure and direction in their somewhat chaotic and uncertain situation. Furthermore, they felt it enhanced their knowledge of their health situation and of how and when to return to work. A participant sick-listed with depression and with former long-term sickness absences described the importance of the assessment for him:

It was her (a RTW psychiatrist) who found out I had Asperger's Syndrome. It has helped a lot, because now I know what is wrong, and now I know why I am as I am. It makes it easier for me to change some things." (Interview 2 with participant 9, man, 31, on sick leave). He later elaborated on the importance of the assessment: "I can see that I need special conditions and special things in order to be a reliable worker at a workplace. And now I know what things.

This participant was unaware of the fact that he had an undiagnosed Asperger's syndrome. For this participant, the assessment consultations with the RTW psychiatrist provided him with knowledge of how to compensate for and handle work related consequences and barriers associated to his Asperger's syndrome and thereby prevent repeated depression and sickness absence. On the basis of this new knowledge and insight he had discussed concrete demands of a future workplace with the RTW professionals.

But participation in the assessment consultations could also create frustration and uncertainty in some of the participants. The negative experiences should be understood in the light of the characteristics of CMD and were mainly related to: (1) uncertainty about the aim of the consultations, (2) trouble verbalizing one's problems and condition, and (3) fear of intensification of symptoms.

Participants' Uncertainty About the Aim of the Assessment Consultations Several participants failed to see the purpose of the RTW coordinator referring them to consultations with the RTW team or clinical unit. A person sick-listed with depression described the difficulty of decoding the purpose of the assessment consultations:

It is all terribly confusing for me, and it took me a long time to figure out what was actually happening [in the assessment consultations]. I didn't understand it because I have concentration difficulties. Especially if I am out, then it feels like my senses are so busy with everything around me from the coffee pot to what others are saying, and I become, like completely....If you imagine a lot of different music in your head at the same time. (Interview 2 with participant 11, woman, 49, on sick leave)

The difficulty of deciphering and understanding the aim of the assessment consultations may be explained by the fact that a number of the core symptoms reported by the participants such as reduction of executive functions seem to reduce the ability to decode the purpose and tasks of the different RTW professionals. The confusion about the aim may, furthermore, be increased by the fact that the participants experienced that the RTW professionals had not always been sufficiently explicit about the aims of the consultations.

A third factor that seemed to create uncertainty about the aim of the assessment consultations was that some of the participants were already in contact with other health practitioners (typically psychologists and physicians). These practitioners were often of the utmost importance to the sick-listed persons, their conception of their condition and of the compatibility between the job and their recovery. If the participants felt well taken care of by other practitioners they sometimes failed to see the relevance of being referred to and assessed by the RTW professionals:

Interviewer: *Do you know why you had a consultation with the RTW psychologist?*

Participant: *It was something that the RTW coordinator decided. I don't know what was the big idea...I think "Why does [the municipality] waste money on an hour with a psychologist when I have already seen another psychologist ten times, who is much, much better than the RTW psychologist?"* (Interview 2 with participant 8, man, 38, off the sick list but unemployed).

The Difficulty of Verbalizing One's Mental Condition

A number of participants found it difficult to describe their situation and their mental condition during the assessment consultations with the RTW professionals:

When I was referred to the municipality [the RTW professionals] I thought: How do I explain how I feel? I mean, it is really difficult, because you can't tell by looking at a person, can you?" (Interview 1 with participant 13, woman, 48, on sick leave). And later she explains: "there are some things you can't do, and I can't show them I can't do it. If you have one arm, you can show that you can't do the dishes. But I can't - it is so difficult to sit there and explain that inside you....that there are things you can't do.

It frustrated some of the participants that they were unable to produce "objective" proof of their health problem or reduced workability, and they found it difficult to state precisely what exactly they could or could not do during the one hour set aside for the consultation. Besides, some participants questioned the ability of the RTW professionals to

judge competently on the basis of one single consultation how ready they were for work, which RTW activities they needed, and if they were entitled to sickness benefit:

So I feel, like, how are they [the RTW professionals] going to judge how well they think I am? In fact only myself and my doctor and my psychologist know that. I think it is difficult for people who don't know me at all to say: Now I'll just check your health and - Well, we think you are well enough. (Interview 1 with participant 14, woman, 23, on sick leave)

Some participants were convinced that relatively intimate knowledge of a person and his or her inner dynamics and outer world is needed to be able to give an opinion of the seriousness of the mental health problem, workability and need for RTW activities.

Some participants experienced that RTW professionals expected a comparatively concrete description and explanation of their situation and its cause plus an estimate of when they were ready for RTW:

During those consultations it's very much like, "when are you able to return to work?" And I say, "I don't know", "Well, but why are you depressed?" But I don't know either. They expect a concrete description of why things are like they are and when you expect to return. I mean, if it was up to them they would like an exact date and time for my return. And that's really, really difficult when it is a mental thing. (Interview 2 with participant 14, woman, 23, off the sick list but unemployed).

Many experienced that their symptoms fluctuated: One day they felt they shirked work—because they felt fit for working—and the next day they might break down crying at the thought of having to confront their present or a future workplace. The fluctuation of symptoms and the often complex causes of the CMD made it difficult for the participants to provide the precise and concrete answers that they felt the RTW professionals expected.

Fear of Intensification of Symptoms

For some of the participants a number of negative occurrences and experiences preceded the development of the CMD and sickness absence, and, as mentioned above, some were ashamed of being sick-listed with a mental health problem. The assessment consultations could be emotionally demanding as verbalization of the past and the CMD for a few participants seemed to actualize negative feelings and experiences:

I had just been telling the psychologist that I hated to have to tell it all again [to the RTW physiotherapist].

Because I also broke down when I talked to him. I told him there were some things I found difficult to talk about. Because it is a total failure. It is terrible to talk about oneself in that way...so it was...bloody hard. (Interview 2 with participant 13, woman, 48, off the sick list but unemployed).

The fear that the consultations would intensify symptoms might even discourage a few participants from describing their condition and situation. One participant related how she “*shut up like a clam*” in front of the RTW psychiatrist because she was afraid that she would not be able to escape the chaos that might arise during the retelling of her situation, her symptoms and experiences.

Altogether, according to the participants, the assessment consultations with the RTW professionals seem suited to perform workability and health assessment. But for them the nature of mental health problems, and the experience of being sick-listed because of these, call for special attention to how the assessment consultations are introduced and conducted.

Persons with CMD's Experiences of RTW Activities

In this section we will present our findings in relation to our second research question on how the offered RTW activities were experienced. The focus will be on ‘few individual sessions with psychologist’ and ‘psycho-educative group sessions’, which were the most common RTW activities offered to the participants. Both activities were based on principles from cognitive behavioral approach, which is the most frequently used approach in psychological RTW interventions [44]. Finally we will present our findings in relation to the participants’ experience of ‘inadequate RTW activities’.

Few Individual Sessions with RTW Psychologist The participants were generally satisfied with the consultation with the psychologist and they found the work-related focus of the consultation useful. Participants with comparatively minor health problems mentioned benefiting most from the consultations. According to the Danish sickness benefit legislation, the RTW psychologist was not allowed to offer actual treatment, and the participants, accordingly, frequently described the consultations as advice or guidance. If the situation of the participant was complex, mentally as well as socially, the result of the relatively few consultations was perceived to be of limited use to the participant. One participant, sick-listed with stress and with both work-related and complex social problems, described how the three consultations she had been offered were insufficient for the psychologist to be able to intervene:

The physiotherapist had a very clear focus on my body in relation to my job. But with the psychologist, we didn’t quite manage, because it is not just something that happens during two consultations. Not at all. It is easier to relate to your body, how it functions, how your joints are. You can feel that. But with your mind - it is different. Stress and such, I think it is very vague and diffuse.....There are many things you have to deal with and solve. (Interview 2 with participant 2, woman, 40, returned to work).

This participant was sick listed again at the third interview as her mental health problem and social situation had deteriorated. A few participants found it unsettling and confusing that no traditional treatment was offered. If the consultations had identified and clarified central problems (e.g. additional diagnosis or problematic personality traits) the participants felt abandoned without help or tools to cope with the problems disclosed to them during the consultations.

Psycho-Educational Group Sessions The participants who were offered psycho-educational group sessions found the offer relevant and helpful. In particular they appreciated that they had gained knowledge of the interconnection of body and mind, and also that they had developed a new framework for understanding their symptoms and had been inspired to apply new coping strategies when returning to their former job or to a new one:

It was great to be told that it was part of the illness that the illness affects your memory and concentration, because it is the body’s way of shutting down the system....So in a way it has been good to be told that there is a natural explanation. In the beginning I thought I was going crazy. (Interview 2 with participant 15, woman, 43, partial RTW).

The participants felt put at ease about their physical and mental symptoms, which some feared were chronic or downright life-threatening. E.g. some feared that arrhythmia was a possible heart attack. In the psycho-educational group sessions, the RTW professionals may be characterized as co-interpreters of symptoms, a role which seems to be very useful for persons with CMD. As mentioned above, the health problem often appears diffuse and indefinite and the new knowledge gained may enable the participants to see work as compatible with their symptoms and to orient themselves towards RTW. The participants also emphasized the advantage of being with other sick-listed persons in the same situation:

My God, am I the only one or does anybody else feel the same? Then we sit there talking about it, well, and then, oh God, we are not alone. Then I am not the

only one, and then you are not the only one. (Interview 2 with participant 5, woman, 59, on sick leave).

Being with others in the same situation seemed to normalize the condition of the participants, restored their self-confidence and reduced the feeling of being alone. Several participants stressed that it was decisive for the positive outcome of the group session that the other participants had identical or similar health problems. The interviewed participants who were not offered psycho-educational group sessions were most often not informed by the RTW professionals of the existence of this specific RTW activity and could therefore not ask for permission to participate in this—even though in the research interviews some expressed a need for intervention similar to the group sessions.

Inadequate RTW Activities Not all participants had taken part in RTW activities after the assessment consultations. Sometimes the absence of activities agreed with the participants' own sense of not needing or having the energy to participate in an RTW activity. Sometimes, however, activities were absent but were seen as needed, and one or more of the RTW activities contained in the RTW program might have met these needs:

I would have liked somebody to ask me “How do you feel about being back?” and who said, “You must change your way of thinking, and what would you do to change things?” Being challenged a little more and then receiving a few consultations. Maybe they [RTW actors] could coordinate with my workplace and say:” What can we do to help him not to get himself in the same hole again. (Interview 2 with participant 8, man, 38, off the sick list but unemployed).

Based on the interviews conducted with the participants we assume that there may be an association between a lack of offers of either individual consultations, psycho-educational group sessions or contact with the workplace and an increase in the risk of recurrent sickness absence or aggravation of mental health problems for a few participants. The participant quoted above, for example, was reported fit for work and had returned to work at the second interview with him, although he still suffered massive symptoms and had unresolved social and financial problems. At the third interview he was no longer working, as he felt unable to turn up for work, and had been to a psychiatric emergency room as he had considered committing suicide.

A few participants, on the other hand, felt that the interval before return to the labour market was too long. A person sick-listed with depression found participation in a psycho-educative group session both meaningful and

useful. But as it was her first experience with sickness absence, she found herself in a vacuum without the job that used to give structure to her everyday life. At the third interview with her she complained that having to wait so long for the job training she had just started had made her insecure:

You feel that you are sort of beginning to slip. If I had started job training I don't think there would have been any problems. Then I might just have started 15 h. But they were pretty slow to find out that I could do this [job training].” She describes the effect of her sickness absence on her perception of herself: “I have changed a great deal. I'm not the sort of hello-let's-get-going person I used to be. But maybe I will be some day. (Interview 3 with participant 5, woman, 59, on sick leave)

When the job training was arranged she started 20 h a week and within a month she worked full time. For other participants it was stress-inducing to have to participate in the minimum 10-h-per-week mandatory RTW activities. They felt that neither their health nor their energy level allowed them to fulfill this requirement. All in all there seemed to be a wide variation in the participants' need for intervention, timing of intervention and extent of intervention.

Below we will present our findings in relation to our third research question on the working mechanisms of the RTW program in order to illustrate the underlying processes and conditions that seem to impact the participants' experience and the possible influence of participating in assessment consultations and RTW activities. We have chosen the term 'working mechanism' knowing that it is an analytical reduction of the complex and dynamic reality that faces the participants in their RTW-process. Our analysis indicates that three underlying conditions are essential (1) Individual approach (2), RTW professionals as legitimate experts, (3) Multidisciplinary.

Working Mechanisms of the RTW Program

Individual Approach Several participants described how 'being seen' and 'being met'—or the opposite—was decisive for whether the RTW program was experienced as useful and relevant or not. If the participants felt that the RTW professionals focused on them as unique persons with specific problems there was a clear tendency for possible resistance to and skepticism of assessment and RTW activities to be minimized. One participant with depression described the assessment consultation with the RTW coordinator:

...she [the RTW coordinator] saw me as a human being and not only as a statistic. She saw me, not as a

case, but as an individual who needed some kind of help. Then I thought: “Oh my God. Here is somebody who thinks differently, somebody who thinks: Okay, you are not only my statistics..... I was completely taken aback, I was so happy. I was overjoyed and shed a tear when I left her. (Interview 2 with participant 9, man, 31, on sick leave).

This approach to the sick-listed person can be described as taking an ‘individual approach’. The participants characterized the RTW professionals that applied this approach as *attentive, interested, open-minded, reflective, empathic and sympathetic*. Feeling ‘met’ by an individual approach was perceived to be essential for participants to open up and describe their difficult and emotionally exhausting situation during assessment consultations. Without confidence and openness the RTW professionals would not get the necessary information during the assessment consultations, information which was considered important to form a ‘true’ picture of the sick-listed persons’ CMD and challenges and resources for RTW.

Not all participants had been in contact with RTW professionals who favoured an individual approach. One participant, sick-listed with depression, narrated his experiences with the RTW coordinator and the RTW team:

It doesn’t seem as if they spent very much time asking questions about how it, I mean like...they don’t ask: “What is it like being sick for a person like you?” or: “What is your health problem?” Because they don’t treat me as an individual. I would have liked that. That they sat down and said: “Now, tell us what you think is the matter with you? (Interview 2 with participant 8, man, 38, off the sick list but unemployed).

Regardless of whether the participants felt they had been met with an individual approach or not, it is a significant finding that every single one expressed a strong need for the RTW professionals to focus on them as concrete and unique individuals and to show genuine interest in them, their situation, their needs and their RTW-process.

RTW Professionals as Legitimate Experts For the RTW professionals to be able to effectively intervene through RTW activities and influence the participants’ perception of their health problem, their symptoms and the compatibility of the job with these, they had to achieve a position as *legitimate experts* in the RTW-process of the sick-listed person. This position, however, was not always achieved at the first consultation. One person sick-listed with stress illustrated how she didn’t see the RTW professionals as legitimate experts at the assessment consultations:

... I mean...come on, man, I am sick-listed with stress - don’t invade my life! Or the thing about perfect strangers all of a sudden gaining access to some intimate parts of my life. I think: Go away! (Interview 3 with participant 4, woman, 47, partial RTW).

Another participant sick-listed with stress described her first meeting with the RTW professionals:

It can be totally intimidating to have to tell somebody you don’t know how terrible you feel. And be like totally honest about it. So they may think you are much better than you really are. So, in a way, it is like you are trapped. (Interview 2 with participant 16, woman, 26, off the sick list but unemployed)

The RTW professionals had to gain the confidence of the participants before being assigned the position as legitimate partners whereby the participants experienced that the professionals’ questions, interpretations and interventions were relevant and challenged their illness perception, motivation and initiatives aimed at RTW.

Multidisciplinary Several participants mentioned that the multidisciplinary coordination made them feel confident that the RTW professionals together included as many aspects of their case as possible. A few participants even noticed that the RTW coordinator replaced a rather patronizing, impersonal approach to them with a more individual approach after discussing their case with the other RTW professionals at the weekly multidisciplinary conference. One participant sick-listed with stress experienced a noticeable difference between the first and second consultations with the RTW coordinator and commented on the difference:

Participant: “*But, I mean, the way she approached me [at the second consultation]...I wasn’t at all on the defensive. And I totally dropped my guard. And then we actually had a constructive dialogue instead of her coming at me like: “now listen to me, this is unacceptable, now you just have to start working.” So it was a complete paradigm shift... I had the feeling that at the first meeting she was a janitor watching the children playing in the backyard, ready to jump on them if they made a mess. If they did she would tell them to get out of the yard*”

Interviewer: “*Okay. First she was a janitor, what was she at the second consultation?*”

Participant: “*Well, she was much more, like...the kind janitor. Who took her time to sit down and play with the children in the sandbox. And not only...I mean, although she knew that she had to clean the mess ...she still took her time.*” (Interview 2 with participant 1, man, 39, partial RTW)

At the second meeting the RTW coordinator had explicitly informed the participant that she had changed her mind about his situation and need for help after discussing his case with the other RTW professionals. The quote shows both how important an individual approach is and how multidisciplinary can facilitate the application of it. Likewise the quote illustrates that the participant still perceives the RTW professional as an authority even though she practices the individual approach (the RTW coordinator is also described as a janitor *after* the paradigm shift). A central difference between his experience of the first and the second consultation is that the relation is no longer based on pressure and coercion. These have been replaced by a fruitful—if not equal—dialogue about a well-defined goal—RTW.

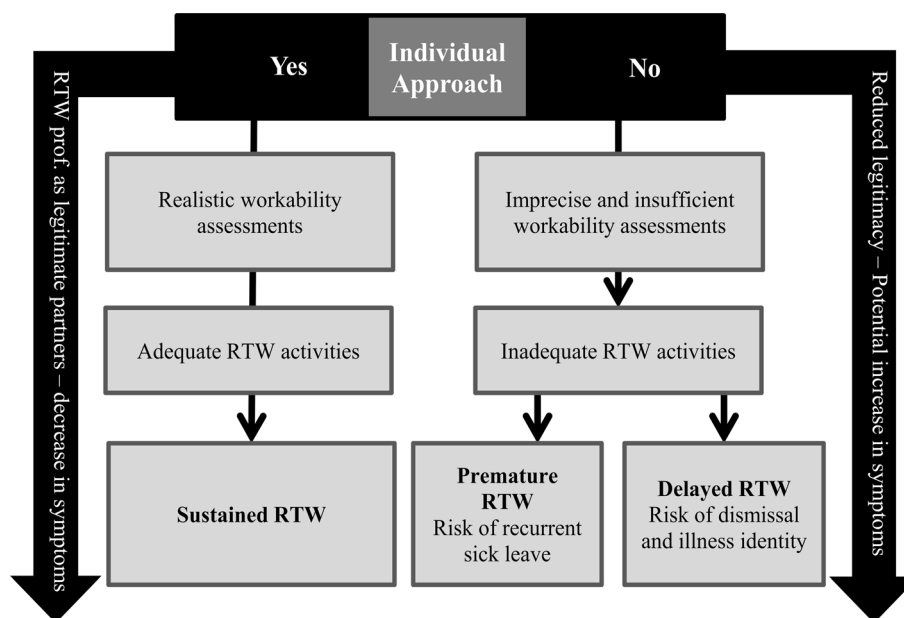
Discussion

The aim of this qualitative study was to explore how persons on sick leave due to CMD experienced participating in the RTW program and how the workability assessments and RTW activities influenced their RTW-process. Conducting three interviews with each participant over an extended period of time gave us the possibility to look into and make hypotheses on relationships between different themes and subjects. We found that about half of the interviewed participants experienced that the workability assessments identified their need for intervention. Besides they had the potential to convey to the persons on sick leave the feeling that a qualified multidisciplinary unit guided their RTW-process competently. However, the consultations also had the potential to frustrate and confuse the participants. Overall, the participants experienced profiting from the offered RTW activities—if these were judged adequate—and especially psycho-education group sessions seemed to enhance the participants' feeling of readiness for RTW. In relation to our third research question concerning the working mechanisms and underlying dynamics of the RTW program we have identified the individual approach as necessary for the realization of the potentials in the RTW program. Based on our results we hereby suggest a definition of the individual approach as the ability of the RTW professionals to both inspire in the sick listed worker the feeling of being met on his or her premises and of being seen as a unique individual and at the same time to exert their authority in the RTW-process—in accordance with the legal context of the RTW program described in the section Setting. Our results show that the nature of CMD and the experience of being sick-listed with CMD call for special attention to how the assessment consultations are introduced and conducted. The individual approach appears to be a precondition for

the sick-listed persons to feel confident and motivated to communicate the necessary information by means of which the RTW professionals can make realistic workability assessment as the individual approach seems to reduce the demonstrated difficulties of participating in the consultations. In the result section we have described how participants experienced difficulties verbalizing and explaining their mental condition to the RTW professionals. This experience, however, could very well go beyond the very incapacity of verbalization. It might as well be related to stigmatization of psychiatric conditions [9] which may lead the participants to doubt the social legitimacy of their mental health problems. Our analyses indicate that the individual approach increases the trust in the RTW professionals and it can be seen as a precondition for the participants' perception of the RTW professionals as legitimate partners and significant facilitators in the participants' RTW-process. When the RTW professionals are established as legitimate partners they are in a position to influence positively the participants' symptom level and belief in their own capability of returning to work. The combination of the individual approach and multidisciplinary seems to be fundamental to a positive experience of the RTW intervention: The individual approach induces the feeling of being taken care of as a unique person with specific problems, and multidisciplinary can inspire confidence that the complexity of one's unique situation is embraced. Besides, multidisciplinary seems to facilitate the application of the individual approach.

Based on our results and analyses a hypothesis can be formulated: If the persons on sick leave do not feel approached as individuals, the assessment consultations tend to not adequately identify barriers and resources for RTW. This may result in categorization of the participants as either more ready for work or less ready for work than is the actual case, which can lead to the sick-listed person being offered inadequate RTW activities. The impending risk is that the sick-listed person either returns to work prematurely and without relevant work modifications or endures prolonged status as sick-listed in the RTW program, thereby risking being fired or developing an undesirable illness identity. If, on the other hand the persons on sick leave receive adequate RTW activities they are more likely to return to work at the right time, at the right pace and with the proper workplace modifications. Figure 2 illustrates our hypothesis on how the presence or absence of the individual approach may affect the outcomes of participation in the RTW program. Our suggestion of an association between the individual approach and the three outcomes need to be further explored, tested and validated in future research. The knowledge gained hereby could enhance and nuance our understanding of the mechanisms and the results of RTW interventions aimed at workers sick listed with CMD.

Fig. 2 Potential relationship between the Individual approach and possible outcomes of sick leave



The results presented in this article are not meant to suggest that we can explain the outcome of a sickness absence by looking only at the quality of the relationship between the RTW professionals and the person on sick leave. The RTW-process is complicated and research shows that the medical seriousness of the disorder, work-related factors, personal factors, national compensation policies, and the structure of the health care system influence whether a sick leave results in return to or withdrawal from the labour market [7, 45–50]. While acknowledging this complexity, we want to further elaborate on the importance of the individual approach and the quality of the relation between the sick-listed person and the RTW professionals as these seem to be key factors in the participants' experience of participating in the RTW intervention.

Other studies (mostly including workers with musculoskeletal disorders) have shown that how the persons on sick leave experience their encounters with rehabilitation professionals (Health Care, Social Insurance Agency) influences the outcome of a long term sick leave and the self-estimated ability and motivation to return to work [14, 51–56]. Being treated with respect, feeling supported, seen, heard and recognized as a person by the professionals were associated with promoting RTW [51, 52, 54], whereas negative experiences with rehabilitation professionals such as being treated in an indifferent, nonchalant or fairly routine manner resulted in a feeling of shame in persons on sick leave [56]. Respondents with psychiatric diagnoses more often reported on negative encounters with both healthcare providers [53, 57] and professionals within social insurance offices [58] compared to respondents with somatic disorders.

It has been argued that there is a need for theoretical contextualization and development of theoretical concepts to grasp the importance of the relationship between the sick-listed person and the health professionals [54, 59]. We will here briefly offer a contextualization by drawing upon theories and research from the field of psychotherapy to further explain and explore the findings of the qualitative study reported in this article.

Even though the RTW professionals are not allowed to offer traditional psychotherapy, the RTW program shares some features with therapy such as modification of the participants' illness perception, developing more appropriate coping strategies and increasing self-efficacy [20, 22]. In recent years a number of reviews have been published on factors and conditions that can explain the effectiveness of psychotherapy [60, 61]. Decades of research have revealed that the *specific therapeutic method and techniques* can explain approximately 15 % of the variance of the outcome, the *patients' expectations* of the therapy can explain 15 % of the success or failure, *extra-therapeutic change* (such as spontaneous remission, social support, fortuitous events) accounts for 40 % of the success. The last 30 % can be ascribed to *common factors* (therapeutic alliance, client factors and therapist factors) [62]. The concept "common factors" refers to aspects of psychotherapy that are present in most, if not all, approaches to therapy [60, 61, 63].

In relation to our illumination of the importance of the individual approach, and the quality of the relation between the person on sick leave and the RTW professionals, we find the research on therapeutic alliance and therapist factors to be of great relevance. Research on psychotherapy has shown that the therapeutic alliance is one of the

strongest and most robust predictors of success or failure in psychotherapy [62, 64] and some have even argued that the therapeutic relationship is “the necessary and sufficient condition” in therapy [65]. There is also evidence that there is a positive correlation between therapist factors such as empathy, warmth, openness, positive regard, being nonjudgmental, attentiveness and the outcome of psychotherapy [66]. The theoretical explanation that the therapeutic alliance and therapist factors are essential to the outcome is that the focus of therapy is frequently on painful problems involving shame and guilt. If the alliance is of low quality, it will be difficult for the client to explore these problems with the therapist [67].

Research on common factors seems to validate and explain our results. Our study has shown that the relation between the sick-listed person and the RTW professionals and therapist factors are of great importance to participants with CMD's experiences of the RTW intervention. Another qualitative study found that clinician-patient agreement about the work disability problem (persistent pain) and a high-quality therapeutic relationship was a precondition for exposure to work [68]. Even though the common factors might have great explanatory effect on the RTW outcome, there is no tradition for addressing these components and factors in quantitative evaluation of RTW interventions. There seems to be a potential in looking deeper into the quality and type of alliance and therapist factors when evaluating RTW interventions. Maybe this can give us a better understanding of why some RTW interventions manage and others fail to reduce the time to RTW. However, whether the results from research on psychotherapy are directly transferable to RTW interventions or whether there are different connections between the alliance and therapist factors and the outcome of RTW interventions should be further investigated. Even though some of the methods and techniques used in traditional therapy and RTW interventions are identical there is a substantial difference. In relation to the significance of the individual approach and the quality of the relation between the person on sick leave and RTW professionals, it is essential to be aware that the Danish legal context within which the RTW professionals operate may in itself complicate the use of the individual approach. For example, the fact that the RTW coordinator has to function as both facilitator and authority may complicate the creation of an open, confident and dignified relation between the sick-listed person and the RTW coordinator. Other researchers have pointed out that if the RTW agenda is a therapist-driven goal this may present an ethical dilemma and potential barriers to the development of a good therapeutic alliance, and it has been emphasized that there is a need for research on how the RTW agenda is best incorporated into the necessary collaborative relationship and therapeutic

alliance [69]. Besides, we need to be aware of the fact that system-related conditions such as lack of resources, time and schedules can also be barriers to a good alliance as these can lead to unintended intimidation and humiliation of the client [70].

Our results indicate that the individual approach is important to decide on and tailor RTW activities matching the needs and work situation of the specific sick-listed person thereby increasing the chances of an early and sustainable RTW. This finding is in line with research on psychotherapy documenting that customizing the therapy to the patient increases the effectiveness of psychotherapy [71] and in line with research into occupational rehabilitation stressing that the rehabilitation intervention needs to be adjusted to the client's needs to enhance the chances of RTW [72]. In the literature this practice has been referred to as “client-centred practice”. Client-centred practice is characterized by involving the client in decision making and ensuring that the intervention offered fits the client's needs and context [72, 73].

Svensson, Müssener and Alexanderson [59] raise an important question to be answered: How can rehabilitation efforts be organized and structured to enhance positive social emotions and psychological empowerment of sickness absentees? Our study has indicated that the individual approach is a necessary—but not necessarily sufficient—ingredient in a rehabilitation and RTW program. As described in the section “Being on sick leave due to CMD” several participants were ashamed of their CMD and saw it as a personal defeat to have to report sick. This led them to a feeling of existential disturbance of identity. The individual approach could be a way to reduce the existential disturbance and start the process of enhancing positive emotions and psychological empowerment.

Strengths and Limitations of this Study

A significant strength of this study is that the participants were recruited for the interviews before commencing the RTW project. We believe that we have thereby avoided a typical kind of selection bias e.g. that those who volunteer as interviewees have very strong opinions about and emotions in relation the subject under scrutiny. We furthermore find a significant strength in the fact that the participants were followed while they experience the process, which counters a tendency to recall bias, if participants are interviewed months or years after taking part in an intervention. One limitation of the study concerns the unexamined relationship between participant characteristics and RTW-process. The research into common factors, which we have drawn upon, has documented a relation between client characteristics (e.g. patient preferences, coping styles, stages of change, personality dimensions,

and culture) and therapy outcome [71]. As we have only interviewed 17 participants, it has not been possible for us to go into details within this area. In relation to the subjects discussed in this article we find that we have reached acceptable data saturation as the last cases analyzed did not add significant new information relevant to answering the three research questions. The legal context is important in relation to RTW [14] and therefore one should be careful about uncritically transferring the results of this study to other countries as their legal context can differ from the one reported here. We do, however, believe that our study has revealed some fundamental aspects of being on sick leave with CMD and participating in similar RTW programs and that these aspects can be generalized and transferred to other western countries. This study has focused on sick listed workers with CMD and it is for future research to explore to which degree our results are transferable to other medical conditions. Our research design has given us the chance to explore in depth the experience of being on sick leave with CMD and participating in an RTW program. The conduction of three interviews with each participant had the advantage that potential vagueness in one interview could be explored and clarified in the following interview and the longitudinal research design also gave us the possibility to present some of the initial hypotheses to the participants. We do, therefore, believe that we have attained a reasonably good fit between the participants' view of their situation and our representation of it.

Implications for Practice and Research

We believe that we need to focus on the working mechanisms in RTW interventions to enhance the chances of positive RTW outcomes and we need research on the association of common factors to the outcome of RTW interventions. This research could be mixed method inspired by research methods such as quantitative process evaluation in psychotherapy [74] and principles from the qualitative method "Pragmatic case studies", which has been developed specifically for understanding the working mechanisms of therapy and interventions [75–77]. This could give us the knowledge of differences and similarities between the individual approach and the therapeutic alliance. Likewise it could illuminate if and how specific sickness insurance regulations in themselves can reduce the professionals' possibilities for practicing the individual approach and customizing the RTW interventions—and how this potential conflict can be managed. To look further into how the possible role conflict related to RTW professionals being both facilitators and authority could impact the professionals' possibility of practicing the individual approach we would also like to suggest research

from the perspective of the RTW professionals. When we have gained more knowledge on the potential dilemmas and role conflict experienced by the professionals and on which common factors can increase the quality and effect of RTW interventions for persons sick listed with CMD, this knowledge ought to be used to educate and train rehabilitation professionals in skills and capabilities associated with practicing the individual approach and also create conditions that reduce the potential role conflict of the RTW professionals.

Conclusion

To date, there has been little research on how persons on sick leave due to CMD experience participating in an RTW intervention and how specific elements in the intervention influence their RTW-process. This study contributes to existing knowledge on RTW by exploring three elements which are common in RTW interventions: Workability assessments, psychological interventions (in group or individual sessions) and the general working mechanisms of the intervention. We have shown that the assessment consultations have the potential to result in both motivation and frustration, and three overall challenges in relation to the assessment have been identified. Our results indicate that psycho-educational group sessions have the potential to transform illness representations and increase readiness to RTW whereas individual sessions with a psychologist are mostly helpful for sick-listed persons with less severe social, health- and work-related problems. We have illuminated how the individual approach seems necessary for the realization of the positive potential in the RTW program. However, the fact that the RTW professionals are both the helpers and the authorities in the sick-listed persons' RTW-process is an inherent paradox in the RTW program, which can impede the establishment of a high-quality relationship between the sick-listed persons and the RTW professionals. We have suggested that researchers and practitioners in the field of RTW interventions take inspiration from research on therapeutic alliance and therapist factors when designing and evaluating RTW interventions. More research is needed on which types of alliance, therapist factors, and client factors are associated with a successful outcome of an RTW intervention and RTW practitioners should be trained in relevant interpersonal competencies and be provided with optimal conditions to put these into practice.

Acknowledgments The authors wish to thank the participants sick-listed with CMD who, although in a difficult situation, have taken their time to share their thoughts, feelings and experiences with us.

Conflict of interest The authors report no conflict of interest.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License which permits any use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and the source are credited.

References

- Bültmann U, Huibers MJH, Van Amelsvoort LPGM, Kasl SV, Swaen GMH, Kant U. Psychological distress, fatigue and long-term sickness absence: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *JOEM*. 2005;47:941–7.
- Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:875–80.
- Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ*. 2005;330:802–3.
- Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Kaplan GA, Salonen JT, Manninen P. Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Epidemiol Community Health*. 2005;59:70–4.
- OECD. Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries. OECD Publishing, 2010.
- OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. OECD Publishing, 2012.
- Blank L, Peters J, Pickvance S, MacDonald E, Wilford J. Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil*. 2008;18:27–34.
- Knudsen AK, Iverland S, Aakvaag HF, Harvey SB, Hotopf M, Mykletun A. Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *J Psychosom Res*. 2010;69:59–67.
- Borg V, Andersen MN, Kolte IV, Andersen MF. White paper on mental health, sickness absence and return to work. Copenhagen: National Research Centre for the Working Environment; 2010.
- Fossey E, Harvey Carol. Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Can J Occup Ther*. 2010;77:303–14.
- Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12. doi:10.1002/14651858.CD006389.pub2.
- Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*. 2012;22:462–77.
- Pomaki G, Franche ReL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil*. 2012;22:182–95.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38:93–104.
- Fady J, McPherson K. Return to work after injury: a review of evidence regarding expectations and injury perceptions, and their influence on outcome. *J Occup Rehabil*. 2008;18:362–74.
- MacEachen M, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:257–69.
- Cowls J, Galloway E. Understanding how traumatic re-enactment impacts the workplace: assisting clients' successful return to work. *Work*. 2009;33:401–11.
- Hillborg H, Svensson T, Danermark B. Towards a working life? Experiences in a rehabilitation process for people with psychiatric disabilities. *Scand J Occup Ther*. 2010;17:149–61.
- Pittam G, Boyce M, Secker J, Lockett H, Samele C. Employment advice in primary care: a realistic evaluation. *Health Soc Care Community*. 2010;18:598–606.
- Aust B, Helverskov T, Nielsen MB, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K, et al. The Danish national return-to-work program—aims, content, and design of the process and effect evaluation. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38:120–33.
- Järvholm B. How should methods for return to work be evaluated? *Scand J Work Environ Health*. 2012;38:89–91.
- Winzor G, Poulsen OM, Andersen I, Andersen MF, Andersen MH, Aust B et al. Det Store TTA-Projekt. Proces- effekt- og økonomisk evaluering (The Danish RTW-Program. Process-, effect- and economic evaluation). Copenhagen: National Research Centre for the Working Environment (NRCWE), 2012.
- Smith JA. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qual Res Psychol*. 2004;1:39–54.
- Smith JA, Larkin M, Flowers P. Interpretative phenomenological analysis, theory, method and research. Calif: Los Angeles; 2009.
- Biggerstaff D, Thompson A. Interpretative phenomenological analysis (IPA): a qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qual Res Psychol*. 2008;5:214–24.
- Kleinman A. Patients and healers in the context of culture, an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1981.
- Andersen MF, Brinkmann S. Nye perspektiver på stress (New perspectives on stress). Aarhus: Klims Forlag; 2013.
- World Health Organization. ICD-10, International statistical classification of diseases and related health problems. 2007. World Health Organization.
- Alonzo A. An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc Sci Med*. 1984;19:499–510.
- Alonzo AA. Everyday illness behavior: a situational approach to health status deviations. *Soc Sci Med Part A*. 1979;13:397–404.
- Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Cote D, Rouleau A. Representations: an important key to understanding workers coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *J Occup Rehabil*. 2007;17:522–44.
- Coutu MF, Durand M-J, Baril R, Lebreque ME, Ngomo S, Côté D, et al. A review of assessment tools of illness representations: are these adapted for a work disability prevention context? *J Occup Rehabil*. 2008;18:347–61.
- Gannik D. Situational disease: elements of a social theory of disease based on a study of back trouble. *Scand J Prim Health Care Suppl*. 2002;20:25–30.
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S, editor. Contributions to medical psychology. New York: Pergamon Press; 1980. p. 7–30.
- Leventhal H, Diefenbach M. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res*. 1992;16:143–63.
- Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:477–505.
- Shaw L, Segal R, Polatajko H, Harburn K. Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disabil Rehabil*. 2002;24:185–95.
- Danish Data Protection Agency. [homepage from the Internet] www.datatilsynet.dk. Accessed 22 Mar. 2013.
- Giorgi A, Giorgi B. The descriptive phenomenological psychological method. In: Camic PM, Rhodes JE, Yardley L, editors.

- Qualitative research in psychology: expanding perspectives in methodology and design. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 243–73.
40. Marks D, Murray M, Evans B, Willig C, Woodall, Sykes CM. Health psychology—theory, research & practice. SAGE Publications, 2005.
 41. Nicholls C, Glover L, Pistrang N. The illness experiences of women with fibroids: an exploratory qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25:295–304.
 42. Willig C. Introducing qualitative research in psychology. Open University Press, 2007.
 43. Leventhal H, Forster R, Leventhal EA. Self-regulation of health threats, affect, and the self. In: Aldwin C, editor. *Handbook of health psychology and aging*. New York: Guilford Press; 2007. p. 341–66.
 44. Corbière M, Shen J. A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Can J Commun Ment Health*. 2006;25:261–88.
 45. Aas RW, Ellingsen KL, Linøe P, Möller A. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *J Occup Rehabil*. 2008;18:335–46.
 46. Cornelius L, Klink J, Groothoff J, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21:259–74.
 47. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil*. 2002;12:233–56.
 48. Høgelund J. In search of effective disability policy. Comparing the developments and outcomes of Dutch and Danish disability policies. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2003.
 49. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Borer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:67–74.
 50. Schuring M, Burdorf L, Kunst A, Mackanbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Epidemiol Community Health*. 2007;61:597–604.
 51. Haugli L, Maeland S, Magnussen LH. What facilitates return to work? Patients' experiences 3 years after occupational rehabilitation. *J Occup Rehabil*. 2011;21:573.
 52. Hubertsson J, Petersson I, Arvidsson B, Thorstenson C. Sickness absence in musculoskeletal disorders: patients' experiences of interactions with the Social Insurance Agency and health care. A qualitative study. *BMC Public Health*. 2011;11:107.
 53. Lynøe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2011;1:2.
 54. Müssener U, Söderberg E, Svensson T, Alexandersson K. Encouraging encounters: sick-listed person' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Soc Work Health Care*. 2008;46:71–87.
 55. Norlund S, Fjellman-Wiklund A, Nordin M, Stenlund T, Ahlgren C. Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with exhaustion disorder patients. *J Occup Rehabil*. 2012;. doi:[10.1007/s10926-012-9396-7](https://doi.org/10.1007/s10926-012-9396-7).
 56. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *J Occup Rehabil*. 2003;13:183–95.
 57. Wessel M, Helgesson G, Olsson D, Juth N, Alexanderson K, Lynøe N. When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *Eur J Public Health*. 2012;23:230–35.
 58. Östlund GM, Borg KE, Wide P, Hensing GKE, Alexanderson KAE. Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scand J Public Health*. 2003;31:275.
 59. Svensson T, Müssener U, Alexandersson K. Pride, empowerment and return to work: on the significance of positive social emotions in the rehabilitation of sickness absentees. *Work*. 2006;27:57–65.
 60. Duncan B, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA. *The heart & soul of change: delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2010.
 61. Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work, evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press; 2011.
 62. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that works*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 17–32.
 63. Kazdin AE. Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47:846.
 64. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that works*. New York: Oxford University Press; 2011. p. 25–69.
 65. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957;11:95–103.
 66. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. Empathy. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that works*. New York: Oxford University Press; 2011. p. 132–52.
 67. Hougaard E. *Psykoterapi, teori og forskning (Psychotherapy, theory and research)*. Copenhagen: Dansk Psykologisk Forlag; 2009.
 68. Coutu M, Baril R, Durand M, Côté D, Cadieux G. Clinician-patient agreement about the work disability problem of patients having persistent pain: why it matters. *J Occup Rehabil*. 2013;23:82–92.
 69. Wesson M, Gould M. Can a 'return-to-work' agenda fit within the theory and practice of CBT for depression and anxiety disorders? *Cogn Behav Ther*. 2010;3:27–42.
 70. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health*. 2008;36:92.
 71. Norcross JC, Lambert MJ. Introduction. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that works*. New York: Oxford University Press; 2011. p. 3–24.
 72. Söderberg S, Jumisko E, Gard G. Clients' experiences of a work rehabilitation process. *Disabil Rehabil*. 2004;26:419–24.
 73. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Can J Occup Ther*. 1995;62:250–7.
 74. Elvins R, Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1167–87.
 75. Fishman DB. From single case to database: a new method for enhancing psychotherapy, forensic, and other psychological practice. *Appl Prev Psychol*. 2001;10:275–304.
 76. Fishman DB, Neigher WD. Publishing systematic, pragmatic case studies in program evaluation: rationale and introduction to the special issue. *Eval Program Plann*. 2003;26:421–8.
 77. Fishman DB, Neigher WD. Publishing systematic, pragmatic case studies in program evaluation: collateral on a 'promissory note'. *Eval Program Plann*. 2004;27:105–13.