

Inddragelse af mental sundhed på beskæftigelsesområdet

Aalborg Universitet
Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
Afsluttende speciale 10 semester

Udarbejde af:
Anne Sofie Haughuus
Line Witting Sørensen

Vejleder: Henrik Bøggild
Tegn inklusiv mellerum: 240.906
Afleveringsdato: 02.06.2020
Referencesystem: Harvard

Forord:

Indeværende speciale er det afsluttende projekt på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Specialet skrives fra februar 2020 til juni 2020 af Anne Sofie Haughuus og Line Witting Sørensen. Specialet har til formål at udarbejde et forandringsforslag, som kan medvirke til, at *Jobklub* kan forandres således, at det kan forbedre den mentale sundhed blandt ledige.

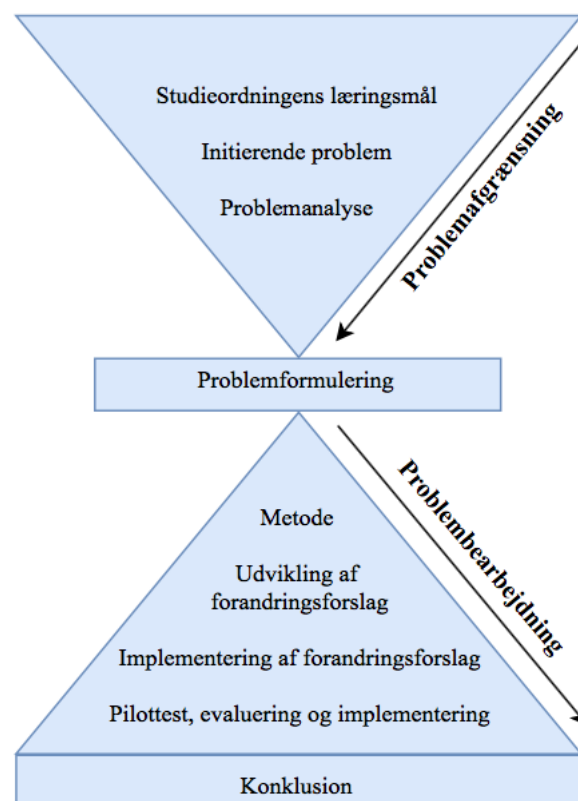
Der skal lyde en stor tak til vores vejleder Henrik Bøggild, som har bidraget med god sparring og sat reflekterende processer i gang. Vi vil desuden takke én af de faglige koordinators på jobcentret i en nordjysk kommune for at skabe kontakt til de to tovholdere af *Jobklub*, som der også skal lyde en stor tak til. De to tovholdere har bidraget med et vigtigt indblik i muligheden for implementering af de udarbejdede forandringsforslag, som vi håber, kan gøre nytte i *Jobklub*. Derudover skal der lyde en stor tak til alle de, som har besvaret vores udsendte spørgeskema, I har alle bidraget med vigtig viden. Sidst vil vi takke corona-krisen for at besværliggøre specialet men samtidigt sikre, at vi næsten ikke har kunnet foretage os andet end at skrive specialet.

God læselyst!

Anne Sofie og Line

Læsevejledning:

Specialet er opbygget med afsæt i Aalborg-modellen, se figur 1, som fokuserer på problembaseret læring. Første afsnit er det initierende problem, som fremstiller problemfeltet i specialet. Dernæst kommer problemanalysen, som har til formål at udfolde problemfeltet, ud fra den videnskabelige evidens, samt løbende afgrænse problemfeltet. Efterfølgende fremgår specialets problemafgrænsning, problemformulering samt de tilhørende forskningsspørgsmål. Problemformuleringen og forskningsspørgsmålene bliver styrende for problembearbejdningen, som omhandler afsnit 5-9. I afsnit 5 redegøres for de anvendte metoder samt begrundelse herfor. Afsnit 6 skal gennem litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen bidrage med viden om, hvorledes et forandringsforslag af *Jobklub* kan udvikles, hvorfor det ligeledes indeholder en metode- og resultatdiskussion samt modelleringen af forandringsforslaget. I afsnit 7 interviewes tovholderne af *Jobklub*, med henblik på, at opnå viden om muligheden for implementering af forandringsforslaget. Hertil er der ligeledes en metode- og resultatdiskussion samtidigt med, at udfordringer ved en forandring udfoldes, forinden det endelige forandringsforslag udvikles og præsenteres i en programteori. Efterfølgende udfoldes pilottest, evaluering samt implementering i afsnit 8 og i afsnit 9 diskuteres anvendelsen af MRC-modellen. Problemformuleringen og de tilhørende forskningsspørgsmål besvares i konklusionen i afsnit 10.



Figur 1: Aalborg-modellen som illustrerer specialets disposition

Resumé

Titel: Inddragelse af mental sundhed på beskæftigelsesområdet

Baggrund: Ledighed medfører samfundsmæssige og individuelle konsekvenser både fysisk og psykisk. I Danmark oplever 28,5% af de ledige at have lav mental sundhed sammenlignet med 9,5% af de beskæftigede, hvorfor ledighed bidrager til social ulighed. På baggrund heraf vurderes det, at der skal være øget fokus på mental sundhed på beskæftigelsesområdet.

Formål: Udarbejdelse af et forandringsforslag, som skal medvirke til, at *Jobklub* kan forbedre den mentale sundhed blandt ledige samt undersøge muligheden for implementering af disse.

Metode: Metoderne tilkobles to af faserne i MRC-modellen, hvor litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen skal bidrage til udvikling og modellering af forandringsforslaget, som præsenteres i en programteori. Litteraturstudiet bidrager med viden om indholdet i eksisterende effektive interventioner, som fokuserer på mental sundhed blandt ledige. Spørgeskemaundersøgelsen udarbejdes med afsæt i Jahoda og Fryers modeller for at undersøge sammenhængen mellem latente samt manifesterede fordele og mental sundhed. Implementeringsfasen belyses gennem interviewet med tovholderne af *Jobklub*, hvilket har til formål at bidrage med viden om muligheden for implementering af forandringsforslagene.

Resultater: Litteraturstudiet viser, at både kort- og langtidsledige har gavn af interventioner som *Jobklub* samt at varigheden og antallet af deltagere kan variere og fortsat medføre en effekt på den mentale sundhed. Ydermere fremanalyseres det, at interventionerne indeholder adgang til fire latente fordele, tidsstruktur, aktiviteter, social kontakt og status, hvilket vides at have betydning for den mentale sundhed, hvorfor *Jobklub* forandres, så det ligeledes indeholder elementer som disse interventioner. I henhold til spørgeskemaundersøgelsen ses der en sammenhæng mellem de latente fordele, tidsstruktur og aktiviteter, samt den manifesterede fordel, økonomi, og mental sundhed. Gennem interviewet med tovholderne af *Jobklub* findes fire temaer, som influerer på hinanden. Disse er 1) ledelsen, 2) tovholdernes kompetencer, 3) kendskab til deltagerne og 4) *Jobklubs* indhold, hvilket resulterer i at de oprindelige seks forandringsforslag ændres til fem forandringsforslag; 1) definere målgruppen, 2) inddragelse af problemløsning, 3) inddragelse af CBT 4) inddragelse af fysisk aktivitet og 4) tovholdernes kompetencer.

Konklusion: På baggrund af de udarbejdede fem forandringsforslag anbefales det således, at målgruppen af ledige skal defineres, endvidere anbefales det, at der inddrages problemløsning, CBT og fysisk aktivitet i *Jobklub*. Slutteligt anbefales det, at der afsættes ressourcer til, at tovholderne kan deltage på kurser.

Abstract

Title: Including mental health in employment efforts

Background: Unemployment causes societal and individual consequences, both physically and mentally. In Denmark, 28.5% of the unemployed experience low mental health compared with 9.5% of the employed, which is why unemployment contributes to social inequality. Because of this there should be an increased focus on mental health in employment efforts.

Aim: To constitute a proposal that will help *Jobklub* to improve the mental health of the unemployed and explore the possibility of implementing the proposal.

Method: The methods are linked to two of the phases of the MRC model, where the literature study and survey must contribute to the development and modelling of the proposal, which is presented in a program theory. The literature study contributes to knowledge of existing effective interventions that focus on mental health among the unemployed. The survey is based on Jahoda and Fryer's models to investigate the association between latent as well as manifest benefits and mental health. The implementation phase is examined by an interview with the project managers of *Jobklub*, which aims to contribute to knowledge about the possibility of implementing the proposals.

Results: The literature study shows that both short- and long-term unemployed benefit from interventions such as *Jobklub* and that the duration and number of participants can vary and still contribute to have an effect on mental health. Furthermore, it is analyzed that the interventions contain access to four latent benefits, time structure, activities, social contact and status, which is known to have an impact on mental health. *Jobklub* should be changed, so it also contains elements such as these interventions. According to the survey, there is an association between the latent benefits, time structure and activities, as well as the manifest benefit, finances, and mental health. Through the interview with the project managers of *Jobklub* there are four themes that influence one another. These are 1) the management, 2) the skills of the project managers, 3) knowledge of the participants and 4) the content of *Jobklub*, which results in the original six proposals being changed to five proposal 1) define the target group, 2) involving problem solving, 3) involving CBT 4) involving physical activity and 5) competence of the project managers.

Conclusion: Based on the five proposals, it is recommended that the target group of unemployed should be defined, and it is also recommended that problem solving, CBT and physical activity should be included in *Jobklub*. Finally, it is recommended that resources should be allocated so the project managers can participate in courses.

Indholdsfortegnelse

1 Initierende problem	7
2 Problemanalyse	8
2.1 Konsekvenser af ledighed	8
2.2 Forståelse af mental sundhed	9
2.3 Sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed	10
2.4 Faktorer med betydning for sammenhængen	11
2.5 Forklaringer på sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed	13
2.5.1 Betydningen af ledighedssystemet	13
2.5.2 Jahodas Latent Deprivation Model	14
2.5.3 Økonomi	18
2.6 Nationalt fokus på mental sundhed blandt ledige	19
3 Afgrænsning	21
4 Problemformulering	22
4.1 Forsknings spørgsmål	22
5 Metode	23
5.1 Teoretisk referenceramme	23
5.2 MRC-modellen	24
5.3 Litteraturstudie	26
5.3.1 Indledende litteratursøgning	26
5.3.2 Den systematiske litteratursøgning	27
5.4 Empiriske undersøgelser	31
5.4.1 Paradigmer og forskningstyper	32
5.4.2 Videnskabsteoretiske positioner	33
5.4.3 Metodologier	34
5.4.4 Spørgeskemaundersøgelse	35
5.4.5 Interview	43
6 Udvikling af forandringsforslag	48
6.1 Resultater og analyse	48
6.1.1 Litteraturstudiet	48
6.1.2 Spørgeskemaundersøgelsen	59
6.2 Metodediskussion	64
6.2.1 Diskussion af den teoretiske referenceramme	65
6.2.2 Diskussion af litteraturstudiet	65
6.2.3 Diskussion af spørgeskemaundersøgelsen	68
6.3 Resultatdiskussion	72
6.3.1 Studiepopulationen i spørgeskemaundersøgelsen	72
6.3.2 Kollektiv formål	73
6.3.3 Social kontakt	74
6.3.4 Status	74

6.3.5 Aktivitet.....	75
6.3.6 Tidsstruktur	75
6.3.7 Økonomi.....	76
6.3.8 Interventionernes målgruppe og varighed.....	76
6.4 Modellering af forandringsforslaget	77
6.4.1 Input.....	78
6.4.2 Aktiviteter.....	79
6.4.3 Moderatorer	80
6.4.4 Mekanismer.....	82
6.4.5 Output, kort- og langsiget outcome samt det endelige mål.....	82
7. Implementering af forandringsforslag.....	83
7.1 Resultater og analyse.....	83
7.1.1 Ledelsen.....	84
7.1.2 Tovholdernes kompetencer	85
7.1.3 Kendskab til deltagerne af <i>Jobklub</i>	86
7.1.4 <i>Jobklubs</i> indhold.....	87
7.2 Metodediskussion.....	90
7.2.1 Interview samt interviewguide	90
7.2.2 Udførelsen af interviewet	91
7.2.3 Udvælgelse af informanter	91
7.2.4 Transskribering og analysestrategi.....	92
7.3 Resultatdiskussion.....	93
7.3.1 Målgruppen for <i>Jobklub</i>	93
7.3.2 <i>Jobklubs</i> indhold.....	94
7.3.3 Tovholdernes kompetencer	96
7.4 Udfordring ved forandring samt brug af ressourcer	96
7.5 Det endelige forandringsforslag.....	98
8. Pilottest, evaluering og implementering.....	100
9 Anvendelsen af MRC-modellen	103
10 Konklusion	105
11 Referenceliste.....	106
12 Bilagsfortegnelse.....	114

1 Initierende problem

I 2018 kostede ledighed samfundet 28 milliarder kroner (Statistik, 2018), hvorfor ledighed anses for at være en stor udgift. Endvidere medfører ledighed både fysiske og psykiske konsekvenser for individet, da ledige eksempelvis er i øget risiko for mortalitet (Roelfs *et al.*, 2011), diabetes og kardiovaskulære sygdomme (Wanberg, 2012), depressive symptomer (Pavlova and Silbereisen, 2012; Granados *et al.*, 2018) samt stress (Wanberg, 2012). Ledighed medfører derfor konsekvenser både for samfundet og individet.

Internationalt findes det, at ledige har en signifikant lavere mental sundhed sammenlignet med beskæftigede (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Paul and Moser, 2009; Cygan-Rehm, Kuehnle and Oberfichtner, 2017; Brydsten, Hammerström and Sebastian, 2018). I Danmark oplever 28,5% af de ledige at have lav mental sundhed sammenlignet med 9,5% af de beskæftigede (Jensen *et al.*, 2018). Herved ses en social ulighed i fordelingen af individer med lav mental sundhed blandt ledige i forhold til beskæftigede, hvorfor lav mental sundhed blandt ledige anses for at være et folkesundhedsmæssigt problem. Langvarig lav mental sundhed øger risikoen for tidlig død, udvikling af fysiske og psykiske lidelser, herunder hjertekarsygdomme, angst og depression (Sundhedsstyrelsen, 2018). Individer som er ledige og har lav mental sundhed er derfor i større risiko for at opleve flere af ovenstående individuelle konsekvenser.

I Danmark anbefales kommunerne at have et større fokus på sundhedsrettede tiltag inden for beskæftigelsesområdet, hvor der fra år 2010 til 2019 ses et stigende fokus på den mentale sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2010, 2019). På trods af dette, findes der få tiltag målrettet mental sundhed blandt ledige, hvilket er problematisk, da ledighed og lav mental sundhed medfører samfundsmæssige og individuelle konsekvenser. En nordjysk kommune har dog for nyligt udarbejdet et tilbud, hvorfor det findes relevant at undersøge, om dette kan forandres således, at det er målrettet den mentale sundhed blandt ledige.

2 Problemanalyse

Problemstillingen i det initierende problem analyseres yderligere i problemanalysen med henblik på at opnå en forståelse for problemets omfang.

2.1 Konsekvenser af ledighed

Indledningsvist findes det relevant, at definere målgruppen af ledige, da der findes flere forskellige betegnelser herfor. Dette kan eksempelvis være; personer udenfor arbejdsmarkedet, jobsøgende, arbejdsløs, ledige og ledige borgere. I indeværende speciale anvendes begrebet *ledige* om målgruppen. Målgruppen skal endvidere være forsikrede ledige og dermed modtage dagpenge, da der tages udgangspunkt i et eksisterende tilbud, som er målrettet denne gruppe af ledige.

Sundhedsadfærden blandt ledige er generelt en anden sammenlignet med beskæftigede, idet ledige ryger mere (Roelfs *et al.*, 2011; Holleder, 2015), har et lavere aktivitetsniveau, spiser mere usund kost, (Hergenrather *et al.*, 2015) samt har et større alkoholforbrug (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Jørgensen *et al.*, 2019). Denne sundhedsadfærd kan skyldes ændringer i den økonomiske situation, hvilket kan begrænse muligheden for, at opretholde sunde vaner (Janlert and Hammarström, 2009) eksempelvis grundet ændringer i det sociale liv og de vanlige forbrugsmønstre (Hiswåls *et al.*, 2017). Endvidere kan ledighed anses for at være en stressfaktor, hvilket kan have en negativ indvirkning på sundhedsadfærden i form af et øget alkohol- og tobaksforbrug (Åhs, 2006). Det tyder derfor på, at sundhedsadfærden hos ledige både påvirkes af ændringer i økonomien samt af ledigheden i sig selv, da denne anses for at være en stressfaktor.

Ledige udviser endvidere et højere niveau af depressive symptomer sammenlignet med beskæftigede (Pavlova and Silbereisen, 2012; Granados *et al.*, 2018). Derudover medfører ledighed en øget risiko for selvmord (Milner *et al.*, 2014), diabetes, hypertension og kardiovaskulær sygdom, stress (Wanberg, 2012) samt en højere dødelighed (Roelfs *et al.*, 2011). Litteraturen viser dermed, at ledighed i sig selv er forbundet med en række negative konsekvenser for individet både relateret til den fysiske og psykiske sundhed. I Danmark oplever 13,3% ledige lav fysisk sundhed hvorimod 28,5% ledige oplever lav mental sundhed (Jensen *et al.*, 2018). Idet antallet af ledige med lav mental sundhed er højere sammenlignet

med lav fysisk sundhed, afgrænses indeværende speciale til at fokusere på den mentale sundhed blandt ledige.

2.2 Forståelse af mental sundhed

Med henblik på at kunne forstå og analysere problemet om ledighed og mental sundhed er det væsentlig at afdække, hvad begrebet mental sundhed indebærer, da der findes flere forskellige forståelser af dette.

World Health Organisation (WHO) definerer mental sundhed som:

”a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (Galderisi et al., 2015).

Definitionen indeholder to hoveddimensioner herunder en oplevelses- og en funktionsdimension. Oplevelsesdimension henviser til oplevelsen af at have det godt (Sundhedsstyrelsen, 2017a), og kan dermed forstås som individets trivsel. Denne dimension kommer til udtryk i definitionen gennem *a state of well-being*. Funktionsdimensionen refererer til, hvordan individet fungerer i hverdagen, når der opstår udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Denne anses for at omhandle individets mestring, hvilket kommer til udtryk ved *can cope with normal stresses of life*. Idet specialet tager udgangspunkt i definitionen af WHO, anses den mentale sundhed derfor for at mere end blot fravær af sygdom. Dette for at understrege, at et fokus på mental sundhed har et bredere sigte, end at undgå eksempelvis psykisk sygdom. Definitionen af WHO er dog omdiskuteret i forhold til at *work productively and fruitfully* indgår, da dette kan lede til konklusionen, at personer udenfor arbejdsmarkedet ikke vil kunne have høj mental sundhed (Galderisi et al., 2015). Dette synes dog at være en snæver fortolkning af denne formulering, idet *work productively and fruitfully* også kan anskues bredere, som dét at *gøre noget*, der for individet opleves produktivt og givende, hvilket eksempelvis kan være meningsgivende fritidsaktiviteter. Ud fra definitionen af WHO fremanalyseres det at arbejde i form af at *gøre noget* således udgør en central del af individets mentale sundhed. Dette kan bidrage til en forståelse af, hvorfor ledighed vil kunne påvirke den mentale sundhed negativt, fordi ledighed for nogle individer kan reducere oplevelsen af at kunne arbejde produktivt og givende, hvis dette behov opfyldes gennem et arbejde. Forståelsen

af mental sundhed i indeværende speciale tager udgangspunkt i definitionen af WHO, hvor arbejde forstås bredt, som at *gøre noget*.

2.3 Sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed

Ledighed kan, som beskrevet i afsnit 2.1, medføre lav mental sundhed, hvilket kan have en række negative konsekvenser for individet. Individer, som oplever langvarig lav mental sundhed, har øget risiko for at dø tidligere, udvikle forskellige fysiske og psykiske lidelser, herunder hjertekarsygdomme, angst og depression (Sundhedsstyrelsen, 2018) samt øget risiko for somatiske indlæggelser sammenlignet med personer med høj mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Lav mental sundhed kan derfor, som selvstændig faktor ligeledes medføre negative individuelle konsekvenser. Andelen af ledige med lav mental sundhed er 28,5%, hvorimod andelen blandt beskæftigede er 9,5% (Jensen *et al.*, 2018). På baggrund heraf eksisterer der således en social ulighed i sundhed i henhold til forekomsten af lav mental sundhed mellem ledige og beskæftigede, hvilket betyder, at lav mental sundhed, blandt ledige, anskues for at være et folkesundhedsmæssigt problem.

Internationalt findes en sammenhæng mellem ledighed og lav mental sundhed, idet ledige har signifikant lavere mental sundhed end beskæftigede (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Cygan-Rehm, Kuehnle and Oberfichtner, 2017; Brydsten, Hammerström and Sebastian, 2018), selvom resultaterne opgøres forskelligt i studierne. Effekten af ledighed på mental sundhed er i metaanalysen estimeret til en effektstørrelse, Cohen d, på -0,57 svarende til en medium-sized effekt, idet medium-sized effekt angives til at være mellem 0,50-0,79 (McKee-Ryan *et al.*, 2005). Et andet studie finder, at ledige har 22-36% risiko for at have lav mental sundhed overfor 8-13% hos beskæftigede (Brydsten, Hammerström and Sebastian, 2018). Afdækkes forskellen mellem ledige og beskæftigede ud fra en mental sundhedsscore, findes det, at ledige i gennemsnittet har en lavere mental sundhed end beskæftigede (Cygan-Rehm, Kuehnle and Oberfichtner, 2017). Den sociale ulighed i mental sundhed, i henhold til forekomsten af lav mental sundhed mellem ledige og beskæftigede, er således ikke blot et problem i Danmark, men også internationalt.

Sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed, hvor ledighed i sig selv medfører lav mental sundhed kaldes kausalitetseffekten, men sammenhængen kan også gå den modsatte vej, hvor ledigheden skyldes lav mental sundhed kaldet selektionseffekten også kaldet den

omvendte kausalitet. Kausalitetseffekten omhandler, hvordan ledighed kan medføre en række negative konsekvenser for individet, eksempelvis ved ændring i økonomien, individets identitet og selvværd (Stauder, 2019), tab af sociale relationer samt social og emotionel støtte (Gebel and Voßemer, 2014), hvorved kausalitetseffekten kan anses for at være den direkte konsekvens af ledighed. Hertil findes det, at jobtab medfører en signifikant stigning i symptomer på lav mental sundhed (Paul and Moser, 2009), samt at ledighed påvirker den mentale sundhed negativt (McKee-Ryan *et al.*, 2005), hvorved sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed kan forklares ud fra kausalitetseffekten. Den omvendte kausalitet, selektionseffekten, beskriver derimod, hvordan individer selekteres ind i ledighed grundet lav mental sundhed (Brussig, Dragano and Mümken, 2014). Den mentale sundhed kan indvirke på mængden af sygefravær samt have indflydelse på, hvordan produktiviteten er hos den beskæftigede, hvilket kan øge risikoen for et jobtab (Varekamp and van Dijk, 2010), hvorfor sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed ligeledes kan forklares ud fra selektionseffekten.

På baggrund af ovenstående, kan både kausalitets- og selektionseffekten være årsag til, at ledige har lav mental sundhed. På trods heraf fokuseres der i indeværende speciale på kausalitetseffekten og dermed, hvordan ledighed kan medføre lav mental sundhed.

2.4 Faktorer med betydning for sammenhængen

Ud fra den videnskabelige litteratur er det ikke muligt at finde en klar tendens i forhold til, hvilken betydning alder har for sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed. Dette fordi det både findes, at lav mental sundhed hyppigere forekommer blandt yngre end ældre ledige (Reine, Novo and Hammarström, 2004; Milner *et al.*, 2014; Robertson, 2019), at lav mental sundhed er større blandt den ældste gruppe af ledige (Breslin and Mustard, 2003; Backhans and Hemmingsson, 2012) og at der ingen forskel er mellem aldersgrupperne (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Puig-Barrachina *et al.*, 2011). Det formodes, at den mentale sundhed for både unge, voksne og ældre kan påvirkes af ledighed, men grundet forskellige årsager. Eksempelvis kan unge ledige have sværere ved at håndtere situationen, da de mangler livserfaring, hvorimod voksne og ældre ledige kan have flere finansielle forpligtelser i form af hus og familie (Brydsten, Hammerström and Sebastian, 2018). Selvom litteraturen ikke viser en klar tendens i forhold til, hvilken betydning alder har på den mentale sundhed under ledighed, inddrages alder i specialets videre analyse, da det ønskes at undersøge, hvilken betydning alder har i en dansk kontekst.

I relation til kønnets betydning for sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed, findes ligeledes divergerende fund. Flere studier finder, at kvinder, sammenlignet med mænd, har en større risiko for at opleve lav mental sundhed som ledig (Hammer, 2000; McKee-Ryan *et al.*, 2005; Milner *et al.*, 2014), da de har større tendens til at isolere sig og har sværere ved at håndtere ledighed (Hammer, 2000). Modsat viser andre studier, at mænd har størst risiko for at opleve lav mental sundhed (Artazcoz *et al.*, 2004; Backhans and Hemmingsson, 2012), hvilket kan skyldes den traditionelle rolle mænd har i forhold til at være den forsørgende i familien (Puig-Barrachina *et al.*, 2011). På baggrund heraf findes det relevant at inddrage køn i specialets analyse for at undersøge dette i en dansk kontekst.

Den socioøkonomiske status viser ligeledes ingen klar tendens i henhold til betydningen for sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed, da det både findes, at det har en betydning (Artazcoz *et al.*, 2004; Backhans and Hemmingsson, 2012) og ingen betydning har herfor (Brydsten, Hammerström and Sebastian, 2018). Udfoldes den socioøkonomiske status ved uddannelse, ses det, at den mentale sundhed påvirkes mere hos ledige med et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med ledige med et højere uddannelsesniveau (Hollederer, 2015). Dette kan indikere, at den socioøkonomiske status, defineret ved uddannelse, er en effektmodifikator for sammenhængen mellem ledighed og lav mental sundhed. Det findes derfor relevante at undersøge, om uddannelse i en dansk kontekst ligeledes influerer på sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed.

Ledighedsperioden kan endvidere influere på sammenhængen mellem ledighed og lav mental sundhed. I en metaanalyse viser de inkluderede tværsnitsstudier, at ledighedsperioden påvirker sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed negativt, mens de longitudinelle studier viser, at den mentale sundhed gradvis forværres med længden af ledighed (Paul and Moser, 2009). Dette understøttes af andre studier, som finder, at individer med en længere ledighedsperiode har lavere mental sundhed end individer med en kortere ledighedsperiode (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Puig-Barrachina *et al.*, 2011; Fergusson, McLeod and Horwood, 2014). På baggrund heraf inddrages ledighedsperiodens betydning i specialet, da det kan være væsentligt at rette fokus mod ledige, som har en længere ledighedsperiode i en dansk kontekst.

2.5 Forklaringer på sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed

Idet der både findes samfundsmæssige og individuelle forklaringer på, hvorfor ledighed kan medføre lav mental sundhed, udfoldes den samfundsmæssige forklaring i henhold til ledighedssystemets betydning på den mentale sundhed mens de individuelle forklaringer belyses ud fra Jahodas *Latent Deprivation Model* samt Fryers *Agency Restriction Model*. Jahodas model beskæftiger sig med, hvordan ledighed kan påvirke individet både psykisk og socialt, grundet tab af forskellige latente fordele, og deraf medføre lav mental sundhed. Modellen af Fryer fokuserer på, hvordan manglende adgang til den manifesterede fordel, økonomi, kan påvirke den mentale sundhed negativt.

2.5.1 Betydningen af ledighedssystemet

Ledige, som er medlem af en A-kasse, har i Danmark mulighed for at modtage økonomisk støtte. For at kunne modtage økonomisk støtte skal ledige opfylde forpligtelser i form af forskellige aktiviteter såsom, at tilmelde sig som jobsøgende på jobcentret, registrere CV, dokumentere jobsøgningsaktiviteter og deltage i samtaler på jobcentret (Beskaeftigelsesministeriet, 2019). Jobcentret og A-kassen har adgang til lediges jobsøgningsregistreringer (Beskaeftigelsesministeriet, 2019), hvorfor de har mulighed for at overvåge og føre kontrol med, hvad de ledige foretager sig. Denne overvågning og kontrol af befolkningen beskrives af Foucault, som panoptisme, hvilket omhandler, at individet vil have en følelse af at blive iagttaget, hvorfor de påtvinges til at udføre en bestemt opgave eller udvise en bestemt adfærd (Foucault, 2003). Dette understøttes af en undersøgelse af danske ledige, som har en følelse af at være under kontrol (Pultz, 2016). Panoptisme skal, ifølge Foucault, ikke nødvendigvis anses for at være negativt (Foucault, 2003). Det findes dog, at ledige føler et pres i forhold til at overholde kravene, som de stilles, og frygter at de ikke kan leve op til dem og dermed mister deres økonomiske støtte (Pultz, 2016), hvorfor panoptismen i en dansk kontekst kan anses for at være negativ. Endvidere kan ledighed, som tidligere nævnt i afsnit 2.1, anses for at være en stressfaktor, hvilket muligvis kan forklares ud fra de forpligtelser og krav, de ledige stilles overfor. Disse krav og forpligtelser kan ud fra Aaron Antonovsky anses for at være en krævende situation, hvorfor disse kan opleves som stressorer (Antonovsky, 2000), hvorved den mentale sundhed blandt ledige afhænger af deres mestringsevne. Opbygningen af ledighedssystemet kan derfor problematiseres og formodes at have en negativ

indvirkning på den mentale sundhed. De strukturelle rammer i samfundet, i henhold til ledighedssystemet, kan derfor være en mulig forklaring på, hvorfor ledige udvikler lav mental sundhed. Der kan dog ligeledes være individuelle forklaringer på, hvorfor ledige udvikler lav mental sundhed, hvilket belyses nedenfor.

2.5.2 Jahodas Latent Deprivation Model

Modellen af Jahoda er udarbejdet ud fra samtaler med ufaglærte arbejdere, som giver indblik i deres personlige konsekvenser ved ledighed. Det findes, at ledige har mindre adgang til de latente fordele sammenlignet med beskæftigede (Jahoda, 1982), hvorfor det at være i arbejde kan anses for at give adgang til de fem latente fordele omhandlende *kollektivt formål, social kontakt, status, aktiviteter og tidsstruktur*. Adgang til de fem latente fordele influerer positivt på individets mentale sundhed (Jahoda, 1982), hvorfor manglende adgang hertil kan indvirke negativt på den mentale sundhed. Manglende adgang til de fem latente fordele kan derfor være med til at forklare, at ledige oplever at have lav mental sundhed, hvorfor disse udfoldes nedenfor.

2.5.2.1 Kollektivt formål

Jahoda redegør for, at individet har behov for et kollektivt formål, hvilket rummer følelsen af at være nyttig, at andre mennesker har brug for én samt at man er til gavn for samfundet. Hvis individet mangler et kollektivt formål, kan det resultere i følelse af ligegyldighed (Jahoda, 1982). Der er derfor risiko for, at ledighed kan føre til ligegyldighed, da ledige ikke længere gennem beskæftigelse kan bidrage til samfundet. Det findes dog, at ledige kan opnå et kollektivt formål og dermed forbedre den mentale sundhed både gennem arbejde og fritidsaktiviteter (Creed and Macintyre, 2001). Ledige kan derfor få adgang til et kollektivt formål og dermed forbedre deres mentale sundhed gennem andet end arbejde. Det findes dog, at nogle ledige ikke formår at deltage aktivt i samfundet (Hammer, 2000) og følge med i livet omkring dem (Jahoda, 1982), hvorfor de vil have mindre adgang til et kollektivt formål. Manglende adgang til et kollektivt formål gør sig mest gældende for individer, som er omgivet af mennesker, der fortsat er i beskæftigelse, da samtaler i højere grad vil omhandle arbejde og deres aktuelle situation (Jahoda, 1982). På baggrund af ovenstående tyder det på, at omgangskredsen blandt ledige har en betydning for adgangen til et kollektivt formål.

2.5.2.2 Social kontakt

Jahoda redegør for, at individet kan tilgå social kontakt, i form af faglig kontakt, med ligesindede individer gennem beskæftigelse (Jahoda, 1982), hvorfor der er risiko for at miste dette ved ledighed. Den faglige kontakt kan ligeledes tilgås ved at være sammen med andre ligesindede individer, eksempelvis gennem frivilligt arbejde eller andre aktiviteter (Jahoda, 1982), hvorfor ledige fortsat vil have mulighed for at kunne tilgå den faglige kontakt på trods af manglende beskæftigelse. Udover den faglige kontakt kan individet tilgå social kontakt gennem nære relationer, såsom familie og venner (Jahoda, 1982). Jahoda argumenterer dog for, at ledige trækker sig fra deres nære relationer, hvilket kan skyldes, at individet føler skam over den aktuelle situation og endvidere føler sig anderledes samt mindre værd end individer, som er i beskæftigelse (Jahoda, 1982), hvilket kan resultere i mindsket social kontakt. Dette er problematisk, da social kontakt har en positiv effekt på den mentale sundhed, hvor ledige med mere social kontakt har højere mental sundhed end ledige med mindre social kontakt (Creed and Macintyre, 2001). Det findes desuden at social støtte fra nære relationer har en positiv effekt på den mentale sundhed (Creed and Macintyre, 2001), hvor ledige med større grad af social støtte oplever bedre mental sundhed sammenlignet med ledige uden social støtte (McKee-Ryan *et al.*, 2005). Det fremgår af ovenstående, at ledige har behov for både social og faglig kontakt samt social støtte, da dette har en positiv indvirkning på den mentale sundhed blandt ledige.

2.5.2.3 Status

Den latente fordel, status, handler om samfundets værdier og individets position i samfundet, hvorfor denne kan tilgås gennem beskæftigelse (Jahoda, 1982). Tabet af status kan dog variere alt efter, hvordan individet er blevet ledig, da der er forskel mellem ledige, som selv har valgt ledigheden og de, som ikke selv har valgt ledigheden (Jahoda, 1982), hvor det formodes, at individer som ikke selv har valgt ledigheden vil opleve et større tab af status. Tabet af status kan endvidere hænge sammen med, at normen i samfundet er, at man skal være i arbejde, hvilket ligeledes giver risiko for, at ledige bliver stigmatiseret. Dette fordi stigmatisering kendetegnes ved, at en person er afvigende fra en bestemt måde at være på, hvorved de stemples med en uønsket egenskab (Goffman, 2009). Det findes dog, at områder med flere ledige i samme situation mindsker forekomsten af social stigmatisering (Huikari and Korhonen, 2015). Samtidig findes det, at ledige som er bosat i områder med høj ledighed har højere mental sundhed end ledige i områder med lavere grad af ledighed (Strandh, Novo and Hammarström,

2010; Huikari and Korhonen, 2015). Den sociale norm i lokalsamfundet har således betydning for, om ledige oplever stigmatisering, da flere ledige indenfor et område er med til at normalisere ledighed, hvorfor ledige i disse områder formodes at være i mindre risiko for at miste status.

Individets status hænger endvidere sammen med individets identitet, idet status påvirker individets syn på sig selv og deraf identitetsfølelsen (Jahoda, 1982). En negativ opfattelse af at være ledig er negativt korreleret med mental sundhed, hvor en positiv opfattelse af at være ledig er positivt korreleret med mental sundhed (Thill, Houssemand and Pignault, 2019). Dette indikerer, at måden ledige opfatter deres ledighed på, kan påvirke deres mentale sundhed. En negativ opfattelse af ledighed kan skyldes, at individet adapterer den sociale norm samt stigmatisering af ledighed og derfor udøver selvstigmatisering. Ifølge Goffman omhandler selvstigmatisering, hvordan individet påvirkes af den negative værdi andre mennesker tillægger en egenskab hos individet (Goffman, 2009). Normerne i samfundet samt stigmatisering af ledige kan derfor bevirke, at lediges identitetsfølelse påvirkes således, at ledige får en negativ opfattelse af at være ledig, hvilket påvirker deres mentale sundhed negativt.

2.5.2.4 Aktiviteter

Jævnfør Jahoda er aktiviteter gavnlige for individets mentale sundhed, da individet har behov for planlægning og regulære aktiviteter at stå op til (Jahoda, 1982). Ledighed påvirker adgangen til aktiviteter negativt (Paul, Geithner and Moser, 2009), hvilket er problematisk, da aktiviteter er en latent fordel, som indvirker på den mentale sundhed. Samtidigt ses det, at ledige, med adgang til aktiviteter, i større grad vil have adgang til de fire andre latente fordele (Creed and Macintyre, 2001). Aktiviteterne kan anskues at være tæt forbundet med tidsstruktur, som udfoldes nedenfor, da tidsstruktur kan opnås gennem etablering af regulære aktiviteter. For ledige kan dét at udfylde hverdagen med forskellige aktiviteter i form af motion og andre aktiviteter udgøre en central strategi i forhold til at modvirke lav mental sundhed under ledighed, da disse kan bidrage til at skabe struktur samt tilføre mening og håb i hverdagen (Hiswåls *et al.*, 2017). Hertil findes det, at ledige som bruger mere tid på aktiviteter, som udfordrer deres kompetencer samt er mere aktive i fritiden har en højere mental sundhed end ledige som er mindre aktive i fritiden samt ikke anvender deres kompetencer (Creed and Macintyre, 2001). Manglende regulære aktiviteter, opstået ved ledighed, kan derfor påvirke den mentale sundhed negativt, hvis ikke hverdagen fyldes med aktiviteter, som kan bidrage til, at ledige anvender deres kompetencerne. Det er dog ikke alle ledige, som er i stand til at tage

initiativ til at planlægge og igangsætte en aktivitet (Jahoda, 1982), hvorfor de er afhængige af at andre planlægger disse, for fortsat at have adgang til aktiviteter og dermed forhindre, at deres mentale sundhed påvirkes negativt.

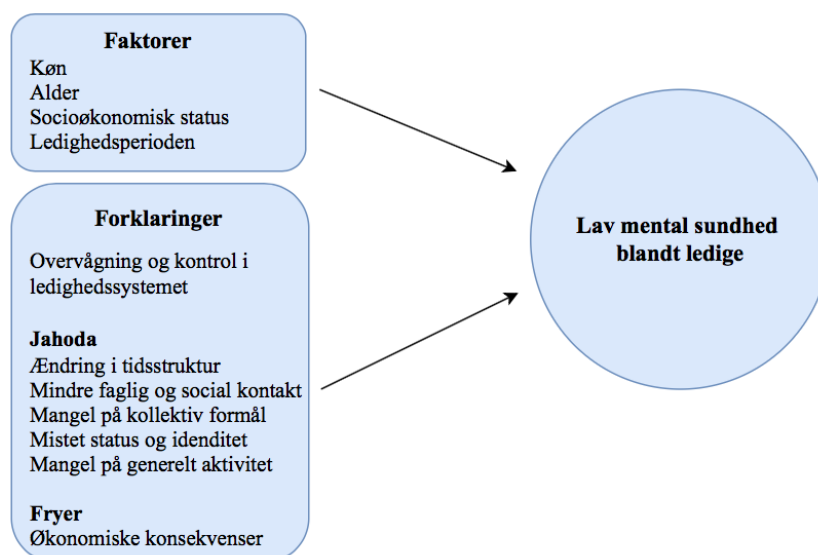
2.5.2.5 Tidsstruktur

Tidsstruktur defineres som oplevelsen af tid, hvilket påvirkes af strukturen i hverdagen (Jahoda, 1982). Tidsstruktur defineres endvidere som værende strukturerede rutiner, organisering af tid, at have et formål og aktiviteter i løbet af dagen (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Goodman, Geiger and Wolf, 2017). Tidsstruktur opfattes således som måden hvorpå tiden struktureres og organiseres i hverdagen, med henblik på, at deltage i aktiviteter og skabe et formål med dagen. Der findes en signifikant sammenhæng mellem tidsstruktur og mental sundhed, hvor individer, som oplever tidsstruktur, i større grad oplever at have en høj mental sundhed (McKee-Ryan *et al.*, 2005). Endvidere rapporterer ledige et signifikant lavere niveau af tidsstruktur og mental sundhed sammenlignet med beskæftigede og hjemmegående (Goodman, Geiger and Wolf, 2017), hvorfor lav mental sundhed blandt ledige kan skyldes manglende tidsstruktur. Ledigheden kan analyseres ud fra hverdagslivsteori af Bech-Jørgensen, hvis teori er udarbejdet med baggrund i en empirisk undersøgelse blandt arbejdsløse kvinder (Bech-Jørgensen, 1994). Dét at miste et arbejde og blive ledig kan anses for at være et brud på hverdagens struktur og selvfølgeligheder. Selvfølgeligheder er dét, som ofte tages for givet, da selvfølgelighederne er det, som plejer at være, det vil sige rutiner, vaner og gentagelser (Bech-Jørgensen, 1994), hvilket kan opnås gennem beskæftigelse, hvorfor hverdagslivet ikke længere vil være selvfølgeligt for ledige. Hertil kan tabet af tidsstruktur medføre, at der skabes forstyrrelser i, hvordan hverdagslivet forløber. Disse forstyrrelser gør, at hverdagen kan blive uforudsigelig, uoverskuelig og kaotisk (Bech-Jørgensen, 1994). Den manglende tidsstruktur reducerer muligheden for at skabe rutiner, mønstre og vaner i hverdagslivet, hvilket medfører, at det som før var forudsigeligt og overskueligt ikke længere er det. Dermed kan hverdagen ikke leves som vanligt, idet den opbyggede tidsstruktur, relateret til beskæftigelse, ikke længere er gældende. Da tidsstruktur anses for at være den mest indflydelsesrige latente fordel for individets mentale sundhed (Jahoda, 1982), er det problematisk, at dette mistes grundet ledighed.

2.5.3 Økonomi

Jahoda har to overbevisninger, hvor den ene er, at individer primært arbejder for at tjene penge, mens den anden er, at individet gerne vil arbejde og at arbejde handler om mere end blot at tjene penge, da det kan medføre adgang til de latente fordele (Jahoda, 1982). Jahoda beskæftiger sig dog ikke dybdegående med den manifeste fordel, økonomi, ved ledighed. Den manifeste fordel ved ledighed ansues derfor ud fra Fryers *Agency Restriction Model*. Fryer er af den opfattelse, at tabet af indkomst, som ledige oplever, har en større indvirkning på den mentale sundhed, end de latente fordele (Fryer, 1998). Dette understøttes da de findes, at den manifeste fordel har den største negative indvirkning på den mentale sundhed blandt ledige (Zechmann and Paul, 2019). Hertil findes det, at ledige der oplever økonomiske vanskeligheder er i risiko for lav mental sundhed, da økonomiske vanskeligheder reducerer muligheden for en meningsfuld fremtid for individet (Janlert and Hammarström, 2009; Reneflot and Evensen, 2014), eksempelvis grundet udskydelse af vigtige beslutninger såsom familieforøgelse (Strandh, 2000). Oplevelsen af økonomiske vanskeligheder anses for at være manglende adgang til den manifeste fordel, økonomi, hvorfor dette ligeledes kan forklares ud fra Fryer, som mener at ledige vil få lavere mental sundhed, hvis de oplever manglende adgang til den manifeste fordel eller, hvis de føler, at de har svært ved at planlægge frem i tiden (Fryer, 1998). Det tyder derfor på, at den manifeste fordel i lige så høj grad, som de latente fordele, kan være med til at forklare, hvorfor nogle ledige har lav mental sundhed. På baggrund heraf anvendes Fryers *Agency Restriction Model* som et supplement til Jahodas *Latent Deprivation Model* i forhold til at forklare den mentale sundhed blandt ledige.

De ovenstående faktorer og forklaringer fra afsnit 2.4 og 2.5 illustreres i figur 2.



Figur 2: Overblik over faktorer og forklaringer i forhold til lav mental sundhed blandt ledige.

Ud fra figur 2 ses det, at der er flere faktorer og forklaringer som kan bidrage til en forståelse for, hvorfor ledige har lav mental sundhed. Det findes, at Jahoda og Fryers model tilsammen kan forklare 52,1% af grunden til lav mental sundhed blandt ledige (Creed and Macintyre, 2001). På baggrund heraf afgrænses indeværende speciale til Jahodas *Latent Deprivation Model* samt Fryers *Agency Restriction Model*.

2.6 Nationalt fokus på mental sundhed blandt ledige

Nationalt er der udarbejdet anbefalinger til kommunerne om, at de i større grad skal fokusere på implementering af sundhedsrettede tiltag inden for beskæftigelsesområdet, hvor jobcentrene skal spille en central rolle, da de har den første kontakt med ledige (Sundhedsstyrelsen, 2010). I 2010 havde beskæftigelsesområdet begrænset fokus på mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2010), hvilket ændres i 2019, idet mental sundhed skulle indgå, på lige fod med andre sundhedsmæssige udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2019). Herved ses det, at der over de seneste år, har været en stigende interesse for mental sundhed i beskæftigelsesområdet. Dette kan skyldes, at det vides, at en forbedring af den mentale sundhed øger chancen for at komme tilbage i arbejde (Wanberg, 2012; Wagenaar *et al.*, 2015). I Danmark ses det, at ledige med lav mental sundhed har mindre chance for at komme tilbage i arbejde sammenlignet med ledige med høj mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Der er derfor behov for at fokusere på den mentale sundhed blandt ledige for at øge deres chance for at komme tilbage i arbejde. Endvidere findes det, at det at komme i arbejde vil forbedre den mentale sundhed (McKee-

Ryan *et al.*, 2005; Paul and Moser, 2009; Rueda *et al.*, 2012). Det tyder derfor på, at tilbud indenfor beskæftigelsesområdet skal fokusere på at forbedre den mentale sundhed blandt ledige da dette øger chancen for at komme i arbejde, hvilket ydermere indvirker positivt på den mentale sundhed. Indeværende speciale tager udgangspunkt i et konkret tilbud, kaldet *Jobklub*, som tilbydes på et jobcenter i en nordjysk kommune, idet tilbuddet rummer og arbejder med elementer relateret til mental sundhed.

Jobklub adskiller sig fra andre tilbud på jobcentret, da *Jobklub* ikke er et aktivitetstilbud, som ledige er forpligtet til at deltage i, men derimod et frivilligt tilbud (Tovholderne, 2020). Formålet med *Jobklub* er at skabe øget motivation og drivkraft hos deltagerne til jobsøgning, hvorfor der ved forløbets afslutning udarbejdes en ny jobsøgningsstrategi, med afsæt i en individuel plan, som deltagerne selv er med til at udarbejde. Endvidere er der i *Jobklub* fokus på socialt samvær og opbygning af et fællesskab, hvilket skal bidrage til nye handlinger hos den enkelte, hvorfor deltagelse i *Jobklub* også forventes at øge deltagernes chance for at komme i arbejde (Tovholderne, 2020). Selve tilbuddet har plads til 12 deltagere og forløber over fire uger, hvor deltagerne mødes to gange om ugen i 3,5 time. Hver mødegang har fokus på et konkret emne, hvor tovholderne starter med at holde et oplæg, hvorefter deltagerne opdeles i mindre grupper og arbejder videre med emnets indhold. Disse emner kan eksempelvis være deltagernes faglige, personlige og generelle kompetencer, motivation til forandring samt en forberedelse af en kortfattet og konkret præsentation af dem selv. Endvidere er deltagerne med til at udforme, hvilke emner der skal inddrages, da tilbuddet fokuserer på deres ønsker og behov (Tovholderne, 2020). Ledige henvises til tilbuddet af deres rådgiver og skal endvidere have været ledig i 52 uger og være medlem af en A-kasse, da tilbuddet er til forsikrede ledige (Tovholderne, 2020).

På trods af at tilbuddet ikke direkte beskæftiger sig med mental sundhed, vurderes det sandsynligt, at tilbuddet kan medføre, at deltagerne forbedrer deres mentale sundhed. Dette skyldes, at *Jobklub* blandt andet fokuserer på den sociale kontakt i form af det fællesskab som opbygges, samt det at deltagelsen kan bidrage til tidsstruktur samt øget aktivitet i løbet af dagen, fordi deltagerne skal mødes flere gange om ugen. Disse elementer vil, jævnfør Jahoda, have en positiv indvirkning på den mentale sundhed blandt ledige. Da et mål med *Jobklub* er, at deltagerne kommer i arbejde, og fordi det vides, at en forbedring i den mentale sundhed øger chancen for dette, findes det relevant at undersøge, hvordan *Jobklub* kan forandres, så det ligeledes er målrettet mental sundhed.

3 Afgrænsning

I afsnit 2.1 bliver målgruppen af ledige defineret som værende forsikrede ledige, hvilket betyder, at de er medlem af en A-kasse og modtager dagpenge. Endvidere afgrænses der til individer i alderen 16-64 år, fordi dette er den arbejdsdygtige alder og fordi det i problemanalysen findes, at alle aldersgrupper kan have lav mental sundhed. På trods af, at ledige ligeledes kan opleve ændringer i den fysiske sundhed, afgrænses specialet til kun at fokusere på den mentale sundhed. Ydermere vil alder, køn, socioøkonomisk status og ledighedsperioden tages med videre i problembearbejdningen, da det fremanalyseres, at disse kan indvirke på sammenhængen mellem ledighed og lav mental sundhed. I specialet afgrænses der ikke til en specifik ledighedsperiode på trods af, at *Jobklub* tager udgangspunkt i personer som har været ledige i 52 uger, hvilket også kendetegnes som langtidsledige. Dette fordi det vurderes relevant at undersøge den mentale sundhed hos alle forsikrede ledige, idet denne viden vil kunne inddrages i en forandring af *Jobklub* i forhold til eventuelt at udvide målgruppen for tilbuddet. I specialet afgrænses der til Jahodas *Latent Deprivation Model* samt Fryers *Agency Restriction Model* som forklaringer på lav mental sundhed blandt ledige, hvilket stemmer overens med, at *Jobklub* er et tilbud, som fokuserer på individet i stedet for samfundets betydning for den mentale sundhed.

4 Problemformulering

Hvordan kan tilbuddet *Jobklub* forandres således det er målrettet den mentale sundhed blandt ledige?

4.1 Forskningsspørgsmål

- 1) Hvilke eksisterende effektive interventioner findes målrettet forbedring af mental sundhed blandt ledige?
- 2) Hvilke sammenhænge findes mellem latente og manifesterede fordele, målt ved *LAMB-S*, og lav mental sundhed, målt ved *WHO-5*, blandt ledige?
- 3) Hvilke barrierer og facilitatorer er der i forbindelse med implementeringen af forandringforslagene udarbejdet for at forandre *Jobklub* med henblik på at inddrage elementer med fokus på at forbedre den mentale sundhed?

5 Metode

I nedenstående redegøres for den teoretiske referenceramme, specialets udviklingsmodel samt hvorledes litteraturstudiet udformes. Endvidere beskrives hvilke paradigmer, forskningstyper og videnskabsteoretiske positioner der ligger til grund for de empiriske undersøgelser samt hvilke metodologiske valg der foretages. Afsnittet skal bidrage til at skabe transparens i forhold til de metodiske overvejelser samt skabe stringens mellem de forskellige delelementer i metoden.

5.1 Teoretisk referenceramme

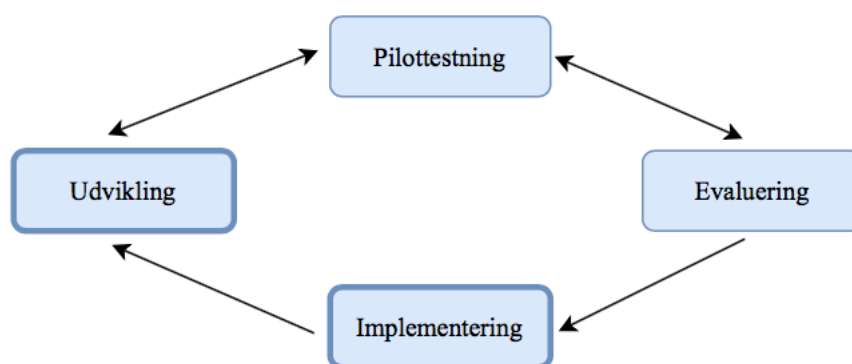
I indeværende speciale fremanalyseres det i problemanalysen, at modellen *Latent Deprivation Model* af Jahoda samt *Agency restriction Model* af Fryer kan forklare, hvorfor ledighed påvirker den mentale sundhed negativt. Som tidligere nævnt har individet forskellige psykologiske behov i form af *kollektivt formål*, *social kontakt*, *status*, *aktiviteter* og *tidsstruktur* som dækkes gennem beskæftigelse (Jahoda, 1982). Jahoda omtaler det som værende de latente fordele og en manglende adgang hertil vil have en negativ indvirkning på den mentale sundhed (Jahoda, 1982). Modellen af Fryer beskæftiger sig med den manifeste fordel, hvor han argumenterer for, at tabet af indkomst begrænser individet i at have kontrol over eget liv (Fryer, 1998). Samtidig gør manglende adgang til den manifeste fordel det vanskeligt eller næsten umuligt, for den enkelte, at planlægge og organisere en tilfredsstillende livsstil, som er nødvendig for udvikling og vedligeholdelse af velbefindende (Fryer, 1998). Fryer er endvidere af den opfattelse, at ledighed generelt resulterer i en oplevelse af fattigdom og at det er denne oplevelse, der forhindrer en meningsfuld fremtid for den enkelte, hvormed den mentale sundhed reduceres (Fryer, 1998). Som tidligere nævnt, i afsnit 2.5.3, anerkender han betydningen af de latente fordele, men mener ikke, at de alene kan forklare ændringen i den mentale sundhed blandt ledige. På baggrund heraf anvendes disse modeller tilsammen som den teoretiske referenceramme i specialet.

I specialet anvendes den teoretiske referenceramme i forbindelse med litteraturstudiet i forhold til at fortolke, om interventionerne inddrager elementer relateret til Jahoda og Fryer. Endvidere tager spørgeskemaundersøgelsen udgangspunkt i den teoretiske referenceramme, da der indgår spørgsmål til de latente og manifeste fordele, hvormed det er muligt at undersøge, om de latente og manifeste fordele har betydning for den mentale sundhed i en dansk kontekst. Analysen af

litteraturstudiet samt spørgeskemaundersøgelsen anvendes derfor til at vurdere, hvilke latente og manifesterede fordele der skal indgå i modelleringen af forandringsforslaget til *Jobklub*.

5.2 MRC-modellen

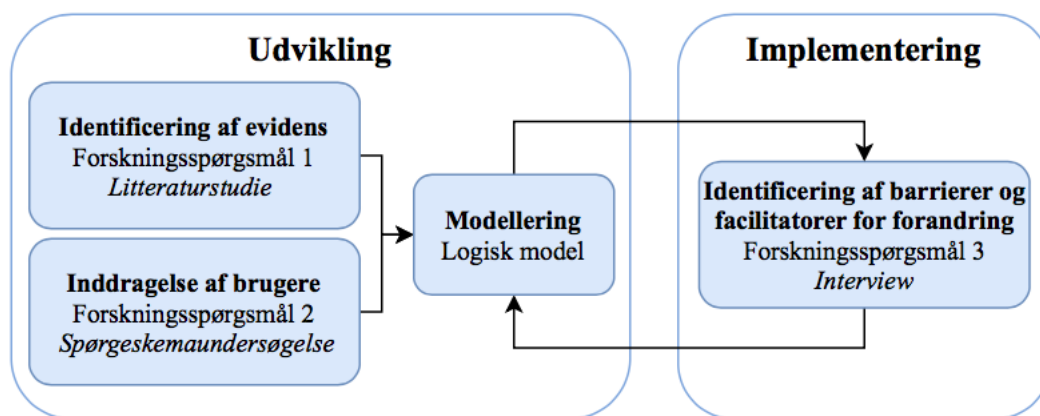
MRC-modellen kan anvendes til at strukturere indsamling samt præsentere den viden der opnås, hvorfor den kan anvendes til at udarbejde en kompleks intervention med flere interagerende komponenter (Craig *et al.*, 2008). Jævnfør problemanalysen er der flere interagerende komponenter, i form af faktorer og forklaringer, som kan have indflydelse på den mentale sundhed blandt ledige, hvorfor der er behov for at udarbejde en kompleks intervention, hvortil MRC-modellen kan anvendes. MRC-modellen indeholder fire faser, udvikling, pilottest, evaluering og implementering, som gensidigt påvirker hinanden (Craig *et al.*, 2008), hvilket illustreres i figur 3.



Figur 3: MRC-modellens fire faser, hvor der tages udgangspunkt i de markerede faser, udvikling og implementering (inspireret af Craig *et al.*, 2008)

Idet formålet med specialet er at udarbejde et forandringsforslag samt undersøge muligheden for implementering af dette, beskæftiges der i specialet primært med udviklings- og implementeringsfasen. Pilottestning og evaluering beskrives dog i forbindelse med implementeringen i afsnit 8.

MRC-modellen anvendes til at udvælge relevante tilgange i de forskellige faser i specialet, hvor forskningsspørgsmålene og de tilhørende metoder i udviklings- og implementeringsfasen fremgår af figur 4.

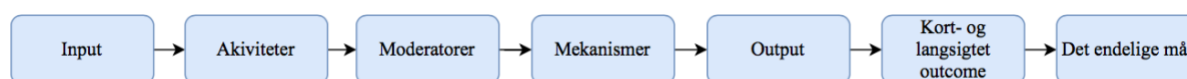


Figur 4: Forskningsspørgsmål og de anvendte metoder i udviklings- og implementeringsfasen

Ud fra figur 4 ses det, at udviklingsfasen tager udgangspunkt i forskningsspørgsmål 1 og 2. For at udvikle en kompleks intervention, skal der i første del af udviklingsfasen indsamles relevant evidens, hvilket kan tilegnes gennem andre interventioner med studiedesigns såsom systematiske reviews og RCT (Craig *et al.*, 2008). Litteraturstudiet skal derfor bidrage til at finde interventioner som har effekt på den mentale sundhed blandt ledige for at besvare forskningsspørgsmål 1, men også for at kunne forandre *Jobklub* så det er målrettet mental sundhed blandt ledige. I næste del af udviklingsfasen anbefales det, at der anvendes teori samt inddragelse af brugerne for dermed at kunne sikre, at der udvikles en relevant intervention (Craig *et al.*, 2008). Spørgeskemaet, som skal besvare forskningsspørgsmål 2, udarbejdes på baggrund af teori i form af Jahoda og Fryers model, hvor hensigten er at inddrage brugerne gennem spørgeskemaet. Spørgeskemaundersøgelsen bidrager til en karakteristik af målgruppen samt, hvordan sammenhængen er mellem latente samt manifesterede fordele og mental sundhed i en dansk kontekst. Sidste del i udviklingsfasen er at lave en modellering af processen og outcome, da dette kan bidrage med vigtig information om både interventionen samt en mulig evaluering heraf (Craig *et al.*, 2008). Modelleringen samler resultaterne fra litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen til forandringsforslaget af *Jobklub* som opstilles i en logisk model.

En logisk model er en simplificeret, systematisk og visuel måde at vise, hvordan det forventes at interventionen vil virke fra input til det endelige mål (Foundation, 2004), hvilket illustreres i figur 5. Den logiske model opstilles for at vise en lineær programlogik, som ofte ikke kan anskues empirisk (Krogstrup, 2016), hvorfor logiske modeller, for at kunne rumme det empiriske, ofte er mere forgrenede. Inputs omhandler menneskelige og organisatoriske ressourcer, som har indflydelse på, hvilke aktiviteter der kan forekomme (Foundation, 2004). Aktiviteter dækker eksempelvis over remedier og teknologier (Foundation, 2004). Output er

det direkte produkt af aktiviteterne og outcome er en ændring af individets adfærd, status, funktion med mere, hvor der både kan være et kort- og langsigtet outcome (Foundation, 2004). Det endelige mål er resultatet af interventionens aktiviteter på længere sigt (Foundation, 2004). Aktiviteter og output forbindes gennem mekanismer som antændes af moderatorer (Dahler-Larsen, 2009). Indholdet i den logiske model udfoldes i afsnit 6.4.



Figur 5: Viser den logiske model fra input til det endelige mål (Inspireret af Foundation, 2004)

For at forandre en organisation skal der i implementeringen arbejdes med barrierer og facilitatorer (Craig *et al.*, 2008), hvor eventuelle barrierer kan betyde, at den logiske model skal tilpasses for efterfølgende at forsøge at implementere forandringen på ny, se figur 4. Implementeringsfasen tager udgangspunkt i forskningsspørgsmål 3 og skal gennem et interview med tovholderne af *Jobklub* afdække mulige barrierer og facilitatorer der måtte være i forbindelse med forandringsforslaget af *Jobklub*.

5.3 Litteraturstudie

Litteraturstudiet skal besvare forskningsspørgsmål 1: *Hvilke eksisterende effektive interventioner findes målrettet forbedring af mental sundhed blandt ledige?* Følgende afsnit afdækker den metodiske tilgang til den indledende samt systematiske søgning.

5.3.1 Indledende litteratursøgning

Den indledende søgning i problemanalysen anvendes til at afdække eksisterende evidens inden for problemstillingen (Buus *et al.*, 2008), dette med henblik på at finde et eventuelt videnshul. Søgningerne foretages i databaserne; *Pubmed*, *Embase*, *PsycInfo*, *Sociological Abstract*, *Cinahl* samt *Cochrane* for at opnå et flervidenskabeligt perspektiv på problemstillingen. Derudover anvendes søgestrategien, kædesøgning, som udføres ved at finde relevante referencer i studierne (Buus *et al.*, 2008). Der foretages ligeledes en indledende søgning i problembearbejdningen med henblik på at afsøge relevante databaser samt søgeord forinden den systematiske litteratursøgning.

5.3.2 Den systematiske litteratursøgning

I udviklingsfasen findes det jævnfør afsnit 5.2 relevant at afdække eksisterende evidens, hvorfor den systematiske litteratursøgning udføres. Søgeprotokollen for den systematiske litteratursøgning udfoldes i afsnittet nedenfor samt i bilag 1. Søgeprotokollen er en struktureret eksplicit plan for indsamling af viden med det formål, at andre kan foretage samme søgning (Stenbæk and Jensen, 2007; Frandsen *et al.*, 2014). Der skal dokumenteres detaljeret, hvor der søges, hvad der søges efter, hvordan der søges og hvordan litteraturen udvælges (Stenbæk and Jensen, 2007), hvorfor dette gøres i specialet. Søgeprotokollen indeholder databaser, søgestrategi, in- og eksklusionskriterier samt strategien for udvælgelse af litteratur (Stenbæk and Jensen, 2007) (Stenbæk and Jensen, 2007), hvilket udfoldes nedenfor.

5.3.2.1 Udvalgte databaser

Idet databaser har forskellige faglige fokusområder (Buus *et al.*, 2008), bidrager søgningen i de udvalgte databaser, *Pubmed*, *Embase*, *PsycInfo*, *ProQuest*, *Cinahl* samt *Cochrane*, til et flervidenskabeligt perspektiv på problemformuleringen. Begrundelse for valg af databaserne samt hvorfor databaserne medfører et flervidenskabeligt perspektiv fremgår af bilag 1, tabel 2.

5.3.2.2 Søgestrategi

I den systematiske søgning inddeles de forskellige facetter i blokke, hvormed der foretages en bloksøgning (Buus *et al.*, 2008). Søgestrategien tager afsæt i problemstillingen (Stenbæk and Jensen, 2007), hvorfor der dannes tre blokke ud fra forskningsspørgsmål 1. Blok 1 er målgruppen, defineret ved ledighed, blok 2 er specialets outcome, mental sundhed og blok 3 er interventioner, i form af sundhedsintervention. Idet søgningen foretages i internationale databaser, skal de danske ord, som indgår i søgningen, oversættes til engelsk. Dette kan være udfordrende, da det kan være svært at finde engelske begreber, der svarer til de danske (Buus *et al.*, 2008), hvorfor de kontrollerede emneord undersøges for at få en større forståelse for deres betydning samtidigt med at der anvendes flere synonymer indenfor hver blok. I tabel 1 præsenteres et eksempel på en søgestrategi.

Tabel 1: Eksempel på søgning i Pubmed

Blok 1: Ledighed	Blok 2: Mental sundhed	Blok 3: Sundhedsintervention
MeSH-termer: “Unemployment” (6769) Fritekst: “Unemployment” (13.939) “Unemployed” (8456) “Jobless” (184) “Job loss” (739)	MeSH-termer: “Mental health” (36.932) Fritekst: “Mental health” (268.270) “Mental well-being” (2251) “Mental wellbeing” (656) "Psychological well-being" (8737) “Psychological wellbeing” (1262)	MeSH-termer: “Health promotion” (75.550) Fritekst: “Health intervention” (4261) “Health interventions” (10.028) “Health program*” (10.704) “Health prevention“ (1362) “Health preventing” (35) “Health promotion” (111.663) “Health promoting” (7771) “Health strategy” (2395) “Health strategies” (2399)

Formålet med de kontrollerede emneord er, at de kan indfange litteratur, der ellers ikke ville være fundet kun ved brug af fritekstord (Stenbæk and Jensen, 2007), hvorfor de medvirker til en mere fyldestgørende søgning. Fordelen ved at anvende fritekstsøgning er, til gengæld, at det nyeste litteratur medtages (Buus *et al.*, 2008). På baggrund heraf, er det relevant at medtage begge former for søgeteknikker i ens søgning, hvorfor der i specialet både søges på kontrollerede emneord, emneordet som fritekst samt andre relevante fritekstord. Trunkering sikrer en udvidelse af søgeordet i forhold til ordets mulige endelser (Buus *et al.*, 2008), hvorfor der anvendes trunkering i de databaser, der tillader det. Søgeordene i hver blok kombineres med den boolske operatorer OR, for at udvide søgningen, hvorefter blokkene kombineres med den boolske operatorer AND for at indsnævre søgningen (Buus *et al.*, 2008), hvorved det endelige antal hits for bloksøgningen opnås. Dermed opnås det endelige antal hits for bloksøgningen. Der udarbejdes en søgestrategi til hver af de seks databaser, hvilke ses i bilag 1, tabel 5-10.

5.3.2.3 In- og eksklusionskriterier

In- og eksklusionskriterier fastsættes forinden den systematiske litteratursøgning for at opnå en mere præcis søgning (Stenbæk and Jensen, 2007). Kriterierne skal sikre, at de fundne studier indeholder en relevant målgruppe, outcome og en sundhedsintervention, da dette kræves for at

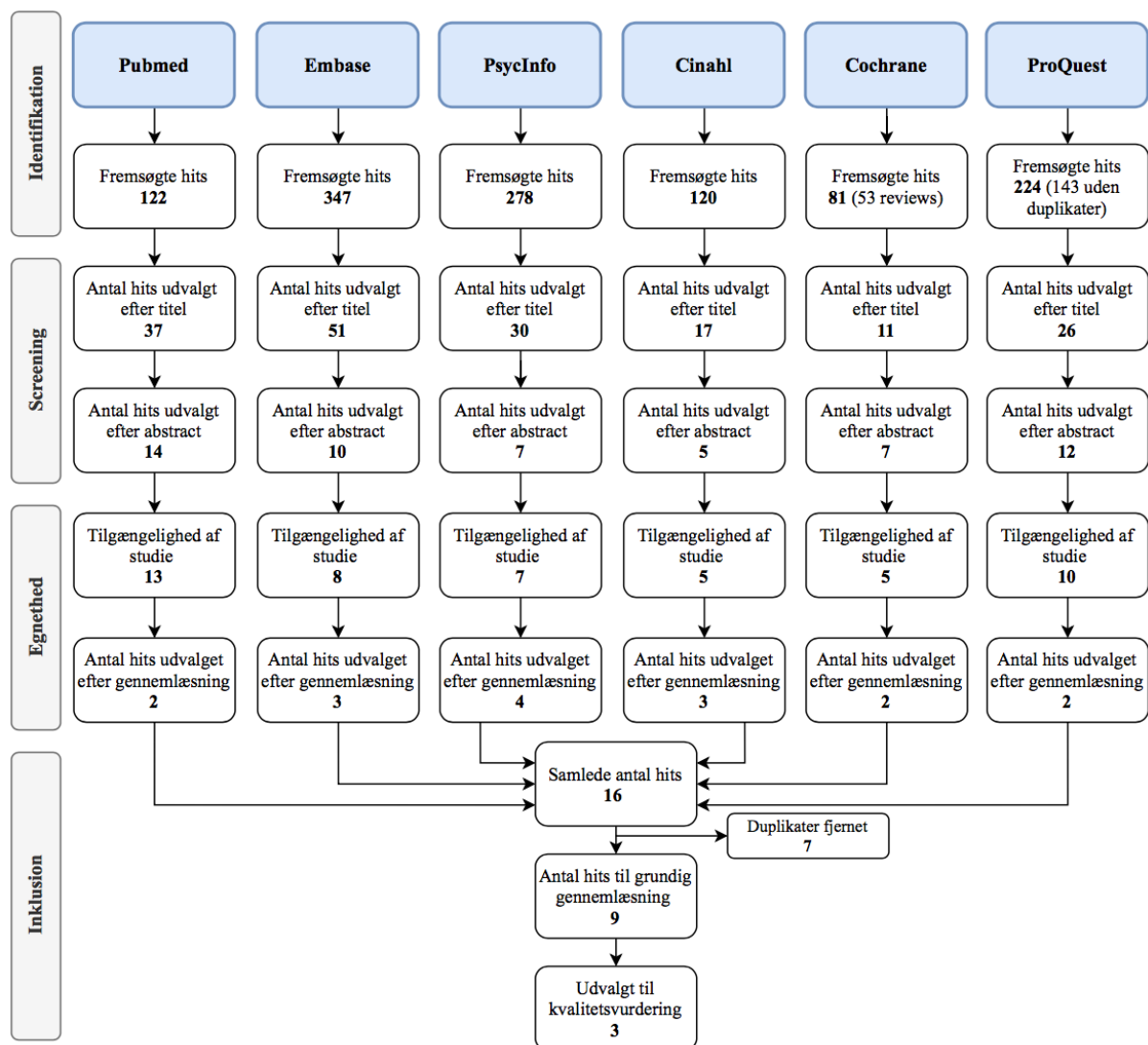
forskningsspørgsmålet kan besvares. De opstillede in- og eksklusionskriterier fremgår af tabel 2, hvor begrundelserne for valg af disse ses i bilag 1, tabel 3 og 4.

Tabel 2: Oversigt over in- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Jobparate ledige mellem 16-64 år	Sygemeldte ledige
Indeholde et mål for mental sundhed, trivsel eller velbefindende	Bestemte patientgrupper inden for ledighed eksempelvis ledige med kræft, diabetes eller anden type af sygdom
Indeholde en intervention	Studier hvis hovedfokus er på ledige med svære mentale problematikker eller diagnosticeret med en mental lidelse
Være skrevet på enten dansk, svensk, engelsk eller norsk	Tværsnitsstudier, afhandlinger, protokoller, rapporter, bogkapitler eller ekspertvurderinger
Studier fra vestlige lande	

5.3.2.4 Udvælgelse samt kvalitetsvurdering af den videnskabelige litteratur

In- og eksklusionskriterier kan bidrage til en systematisk sortering og udvælgelse af relevante studier (Buus *et al.*, 2008), hvorfor udvælgelsen af studier foretages på baggrund af disse. Udvælgelsen er inspireret af PRISMA og består af identifikation, screening, egnethed og inklusion (Moher *et al.*, 2009), hvorved den forløber over flere trin. Først identificeres antallet af hits i hver database, hvorefter der foretages en screening af studienes titel og abstract. Dernæst vurderes studienes egnethed ved at læse fuldtekst på de tilgængelige studier. Dette gøres enkeltvis, hvor hvert gruppemedlem har ansvaret for tre databaser, hvorefter antallet af studier samles og duplikater fjernes. Efterfølgende gennemlæses studierne af begge gruppemedlemmer for at sikre, at der er enighed om egnetheden af studierne. Slutteligt udvælges studier til kvalitetsvurdering. Udvælgelsesprocessen fremgår af figur 6.



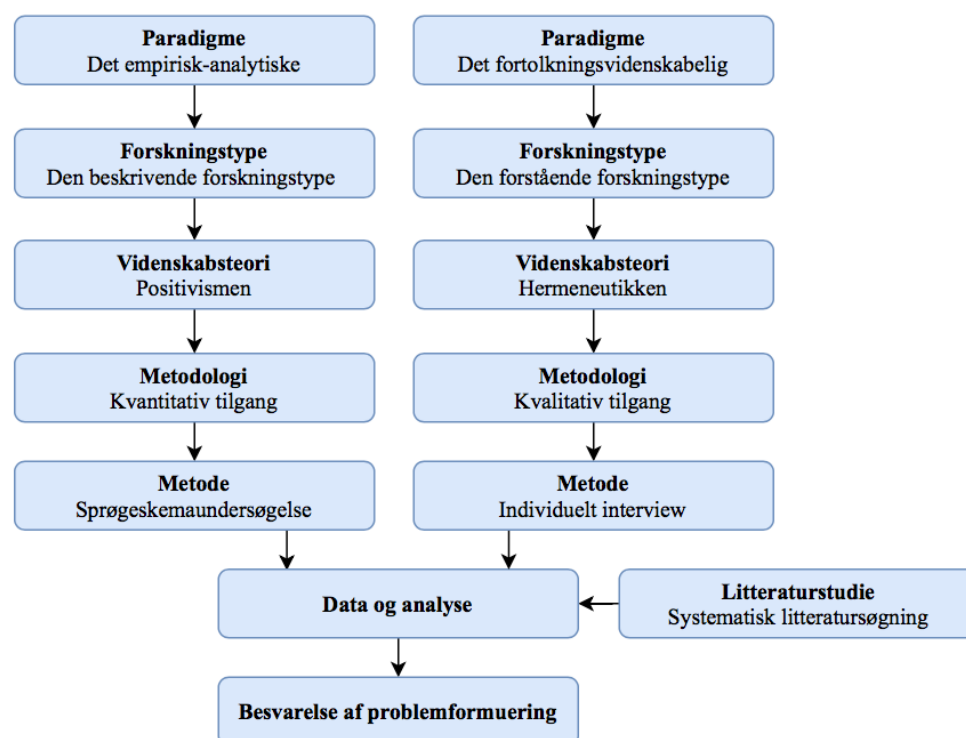
Figur 6: Flowchart over udvælgelsesprocessen (inspireret af Moher *et al.*, 2009)

Som det fremgår af figur 6, udvælges tre studier til en kvalitetsvurdering hvortil der anvendes tjeklister. Tjeklister har til formål at afdække studiets metodiske kvalitet med henblik på at vurdere, om resultaterne er troværdige og samtidig sikre, at man forholder sig kritisk til resultaterne (Lund *et al.*, 2017). Det er studiedesignet, som afgør, hvilken tjekliste der skal anvendes til vurderingen (Lund *et al.*, 2017). I specialet inkluderes to systematiske reviews samt et ikke randomiseret kontrolleret forsøg, hvorfor der anvendes to forskellige typer af tjeklister til kvalitetsvurderingen. De systematiske reviews vurderes ved brug af AMSTAR 2, som består af 16 spørgsmål, der blandt andet bidrager til en gennemgang af, hvordan reviewet foretager deres systematiske søgning, hvordan studier udvælges samt hvordan risikoen for bias vurderes (Shea *et al.*, 2017). Ved at anvende denne tjekliste er det muligt at undersøge, hvilken metodisk kvalitet der ligger til grund for de resultater, som de to reviews finder. Til at vurdere

det ikke randomiserede kontrollerede forsøg anvendes ROBINS-I, som blandt andet indeholder en vurdering af, om resultaterne er behæftet med bias grundet confounding, informations- eller selektionsproblemer (Sterne *et al.*, 2016). Tjeklisten bidrager derfor til en vurdering af studiets interne og eksterne validitet. Intern validitet omhandler, hvorvidt det observerede resultat repræsenterer den sande værdi i målpopulationen, hvilket kan påvirkes af confounding, selektions- og informationsbias (Juul *et al.*, 2017). Ekstern validitet henviser til, om resultaterne kan generaliseres til målpopulationen og dermed til andre populationer og kontekster (Juul *et al.*, 2017). Reproducerbarheden også kaldet reliabiliteten (Juul *et al.*, 2017) vurderes både for de to reviews og det ikke randomiserede kontrollerede forsøg for at finde frem til, hvor gennemsigtigt de metodiske processer beskrives og deraf muligheden for gentagelse. Kvalitetsvurderingen foretages ved, at ét gruppemedlem vurderer ét systematisk review og ét andet gruppemedlem vurderer ét systematisk review samt det ikke randomiserede kontrollerede forsøg. Tjeklisterne fremgår af bilag 2-4.

5.4 Empiriske undersøgelser

De empiriske undersøgelser tager afsæt i forskningsspørgsmål 2 og 3, hvilke medvirker til forskellige valg. For at overskueliggøre disse valg opstilles en model, se figur 7.



Figur 7: Modellen viser hvorledes de enkelte kasser med tilhørende emner influerer på hinanden for slutteligt at kunne bidrage med viden

Som illustreret i figur 7, anvendes der i specialet to paradigmer, to forskningstyper, to videnskabsteoretiske positioner, to metodologier og to typer af metoder. Det ses, at paradigmerne indvirker på valget af forskningstype, som endvidere afspejles i den videnskabsteoretiske position. Den videnskabsteoretiske position influerer på metodologien, som er en begrundelse for valg af metode (Carter and Little, 2007). Positionerne, positivismen og hermeneutikken, medfører en kvantitativ og kvalitativ tilgang, som endvidere indvirker på valget af metode, hvilket i specialet er en spørgeskemaundersøgelse samt et interview. Metoder anses for at være værktøjer til indsamling af data og analyse heraf (Carter and Little, 2007), hvorfor der er en pil mellem disse. Litteraturstudiet indgår også i data og efterfølgende analyse, hvorfor denne også fremgår af figuren. Indsamlingen af data og den efterfølgende analyse skal bidrage til besvarelse af problemformuleringen. I nedenstående afsnit uddybes paradigmerne, forskningstyperne, de videnskabsteoretiske positioner, metodologierne samt metoderne.

5.4.1 Paradigmer og forskningstyper

Der findes flere paradigmer inden for forskning, hvor et paradigme er måden forskeren ser sin forskning på (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). Idet forskningsspørgsmål 2 skal undersøge, om der er en sammenhæng mellem latente samt manifeste fordele og mental sundhed findes det relevant at tage afsæt i det empirisk-analytiske paradigme og den beskrivende forskningstype. Dette fordi det empirisk-analytiske paradigme blandt andet fokuserer på testning, hvor det menes, at virkeligheden kan afdækkes gennem testning af teorier (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). Den beskrivende forskningstype vælges, fordi den ofte præsenteres i tal, tabeller og analyser samt forsøger at teste, hvordan x fordeler sig på y (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). Forskningsspørgsmål 3 omhandler, at få indblik i eventuelle barrierer og facilitatorer i forbindelse med implementeringen af forandringsforslaget af *Jobklub*, hvorfor det findes relevant at tage afsæt i det fortolkningsvidenskabelige paradigme samt den forstående forskningstype. Dette fordi det fortolkningsvidenskabelige paradigme handler om at forstå, hvad der er bag et fænomen, hvorfor der kræves en fortolkning. For at kunne fortolke skal mennesket og forskeren dele samme forforståelse af konteksten (Launsø, Rieper and Olsen, 2017), hvorfor den forstående forskningstype anvendes, da denne handler om at forstå og fortolke fænomener ud fra den udforskedes perspektiv og kontekst (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). Gennem interviewet med tovholderne vil det være muligt at opnå en forståelse af konteksten samt eventuelle barrierer og facilitatorer i forbindelse med implementeringen af

forandringsforslaget af *Jobklub*. Specialets forskningstype influerer på det videnskabsteoretiske ståsted, hvilket udfoldes nedenfor.

5.4.2 Videnskabsteoretiske positioner

Videnskabsteori handler om, hvordan viden opnås samt, hvilken form for viden der skabes gennem videnskaben (Juul and Pedersen, 2012). Idet der findes flere videnskabsteoretiske positioner, grundet den forskellige opfattelse af virkeligheden, vil forskningsspørgsmål og metodevalg afhænge af den videnskabsteoretiske position (Juul and Pedersen, 2012). I specialet arbejdes der indenfor de videnskabsteoretiske positioner, positivismen samt hermeneutikken. Formålet med de videnskabsteoretiske positioner er at sætte specialet ind i den rette videnskabsteoretiske sammenhæng (Rienecker and Jørgensen, 2017).

5.4.2.1 Positivismen

I positivismen er videnskab objektiv, værdifri, sikker samt kontekstafhængig og forskningen baseres på en hypotetisk-deduktiv metode, hvilket betyder, at der opstilles en hypotese som testes, for dermed at kunne be- eller afkræftes (Gilje, 2012). Det er dog ikke muligt at verificere en hypotese fuldstændigt, da det kun er muligt at undersøge enkeltstående tilfælde (Gilje, 2012). Til besvarelsen af forskningsspørgsmål 2 udarbejdes der nulhypoteser med henblik på, at be- eller afkræfte disse indenfor studiepopulationen af spørgeskemaundersøgelsen, hvorfor der arbejdes ud fra et positivistisk ståsted. Det er dog ikke muligt at verificere nulhypoteserne, da det gennem de statistiske analyser kun er muligt at undersøge og observere enkeltstående tilfælde. De statistiske analyser bidrager derfor med viden om virkeligheden indenfor studiepopulationen og ikke den generelle befolkning.

5.4.2.2 Hermeneutikken

Hermeneutikken handler om at forstå og fortolke meningen af menneskets ytringer med inddragelse af konteksten (Juul, 2012). Den sociale verden kan fortolkes og erkendes, selvom den altid vil være usikker og åben for diskussion (Juul, 2012). Al erkendelse sker gennem en vekselvirkning mellem del- og helhedsforståelse, hvorfor det ikke er muligt at forstå delene uden at have en forståelse for helheden og omvendt (Juul, 2012). Idet forskningsspørgsmål 3 handler om at forstå, hvilke barrierer og facilitatorer der kan være i forbindelse med en implementering af forandringsforslaget af *Jobklub*, er det relevant, at denne tager afsæt i

hermeneutikken. I problemanalysen opnås en helhedsforståelse af hvad *Jobklub* er, hvorfor der ønskes fokus på de enkelte dele af *Jobklub* med henblik på at opnå en bedre helhedsforståelse og dermed kunne forstå, hvorfor eventuelle barrierer og facilitatorer måtte opstå. Ved at forskeren er åben og sætter sin forforståelse i spil i dialogen med den udforskede kan deres forståelser og meningshorisonter smelte sammen og forandres, hvormed der sker en horisontsammensmeltning (Juul, 2012), hvilket betyder, at specialegruppen og tovholderne forstår det, hinanden kommunikerer. Hvis gruppemedlemmerne og tovholderne har en forskellig forståelse af, hvordan *Jobklub* skal forandres, vil to forforståelser mødes, hvorfor der i dialogen i interviewet er mulighed for, at der sker en horisontsammensmeltning og dermed en fælles forståelse.

Forforståelsen i indeværende speciale

I hermeneutikken dannes forforståelsen gennem problemformuleringsprocessen, da der i denne reflekteres over det der vides, hvad vi mangler at vide noget om og dermed, hvad vi gerne vil undersøge (Juul, 2012), hvorfor specialets forforståelse dannes gennem problemanalysen. Forforståelsen kommer ligeledes til udtryk gennem forskningsspørgsmål, teori og empiri, hvorfor det er vigtigt at bekende sin forforståelse (Juul, 2012). Gennem problemanalysen opnås er forforståelse om, at den mentale sundhed blandt ledige kan påvirkes negativt af ledighedssystemet, samfundets normer samt manglende adgang til de latente og manifeste fordele. Endvidere er forforståelsen, at de latente og manifeste fordele tilsammen kan forklare, hvorfor ledige har lav mental sundhed, hvormed denne, som tidligere nævnt, anvendes som teoretiske referenceramme. Ydermere er en forforståelse, at det vil være muligt at implementere forandringsforslaget af *Jobklub*, da det er et nyt tilbud som endnu ikke er efterprøvet.

5.4.3 Metodologier

Specialets videnskabsteoretiske positioner indvirker på metodologien, da positivismen lægger op til en kvantitativ tilgang og hermeneutikken lægger op til en kvalitativ tilgang. Denne metodologi bevirker hvilke metoder der anvendes til indsamlingen af empiri, hvor metoderne spørgeskemaundersøgelse og interview anvendes i specialet.

5.4.4 Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelser udarbejdes for at opnå ny viden omkring udbredelsen af et fænomen samt statistiske sammenhænge (Olsen, 2006), hvor forskningsspørgsmål 2: *Hvilke sammenhænge findes mellem latente og manifeste fordele, målt ved LAMB-S, og lav mental sundhed, målt ved WHO-5, blandt ledige?* ønskes besvaret i specialet.

Før spørgeskemaet udarbejdes er det væsentlig at afdække, om der allerede eksisterer et pålideligt og gyldigt spørgeskema eller, om der er behov for at udvikle og validere et nyt (Thorsen, 2005). Validitet omhandler, hvorledes spørgeskemaet måler det, som det har til hensigt at måle, og dermed evnen til at komme tæt på den sande værdi (Brugerinddragelse, 2015). I indeværende speciale identificeres et valideret spørgeskema til at afdække de latente og manifeste fordele, kaldet *The Latent and Manifest Benefits of Work Shortened Version (LAMB-S)* (Kovacs *et al.*, 2019), samt et valideret spørgeskema til at måle mental sundhed kaldet *The Five-Item World Health Organization Well-Being Index (WHO-5)* (WHO, 1998), hvorfor disse anvendes i indeværende speciale.

LAMB-S er den forkortede version af det originale spørgeskema *The Latent and Manifest Benefits of Work*, og består af tre spørgsmål for hver af de fem latente fordele og den manifeste fordel, hvormed der i alt indgår 18 spørgsmål. Svarkategorierne er på en 7-trins likert skala, hvor respondenterne skal svare, hvorledes vedkommende er mere eller mindre enig eller uenig i udsagnet (Kovacs *et al.*, 2019). Svarkategorierne kan anvendes til at beregne en score for hver kategori, hvor svarkategorien *fuldstændig enig* giver 7 point og *fuldstændig uenig* giver 1 point gældende for kategorierne kollektivt formål, social kontakt, status, tidsstruktur og økonomi. I kategorien aktiviteter er spørgsmålet negativ formuleret, hvorfor svarkategorien *fuldstændig uenig* giver 7 point og *fuldstændig enig* giver 1 point. Efterfølgende kan disse summeres til en samlet score for hver kategori, varierende mellem 3 til 21 point. *LAMB-S* har tilfredsstillende psykometriske egenskaber, hvorved det er et reliabelt og validt spørgeskema (Kovacs *et al.*, 2019). Måleredskabet er dog ikke udarbejdet på dansk, hvorfor der er behov for at oversætte og validere spørgeskemaet på dansk.

Spørgeskemaet, *WHO-5*, introduceres første gang i 1998 af *WHO Regional Office in Europe* som et generisk selvrapporteret måleredskab til at afdække niveauet af mental sundhed ud fra

en persons trivsel og velbefindende (WHO, 1998). *WHO-5* måler graden af positive oplevelser, ud fra i alt fem udsagn omhandlende, hvordan respondenter har haft det de seneste to uger, med seks tilhørende svarkategorier (WHO, 1998). De seks svarkategorier er på en skala varierende fra *hele tiden* til *på intet tidspunkt* (WHO, 1998). Ud fra svarkategorierne kan der beregnes en pointscore, som varierer fra 5 point i *hele tiden* til 0 point i svarkategorien *det meste af tiden*. Efterfølgende summeres disse og ganges med fire for at få et tal, der varierer mellem 0 og 100. Et højere pointtal indikerer højere trivsel (WHO, 1998). *WHO-5* har gode psykometriske egenskaber (Topp *et al.*, 2015) og er endvidere udviklet og valideret i en dansk kontekst (Sundhedsstyrelsen, 2017b).

5.4.4.1 Udarbejdelse af spørgeskemaet

Spørgeskemaet skal sammensættes således, at det fremstår som en logisk opbygget helhed (Maindal, 2003), hvorfor det er vigtigt at finde frem til, hvordan spørgeskemaet skal struktureres og organiseres. Endvidere er udarbejdelsen af et spørgeskema en dynamisk proces, hvorfor det kan være nødvendigt løbende at ændre i (Aday and Cornelius, 2006). Der er i den indledende fase foretaget rettelser i spørgeskemaet ud fra specialegruppens egne samt vejleders rettelser. Dette gøres forud for pilottesten, som ligeledes kan medføre ændringer i spørgeskemaet. Nedenfor uddybes indholdet i spørgeskemaet.

Baggrundsspørgsmål

I opbygningen af et spørgeskema er det ofte naturligt at indlede med neutrale spørgsmål, som køn og alder, da disse er mindre følsomme emner (Maindal, 2003), hvorfor der spørges til baggrundsoplysninger som det første i spørgeskemaet. Baggrundsoplysninger skal afdække væsentlige karakteristika for den population som indgår i undersøgelsen (Olsen, 2006; Brugerinddragelse, 2015). I problemanalysen findes det, at køn, alder, socioøkonomisk status og ledighedsperioden kan have betydning for sammenhængen mellem ledighed og mental sundhed, hvorfor disse inddrages i spørgeskemaet. Endvidere spørges der til, om de ledige har været i aktivitetstilbud i form af løntilskud eller virksomhedspraktik i ledighedsperioden, da det formodes, at dette kan have indvirkning på den mentale sundhed. Spørgsmålene skal formuleres kort og præcist, være entydige samt uden brug af fremmedord for dermed at undgå misforståelser og fejlfortolkninger (Brugerinddragelse, 2015). Endvidere er det væsentlig at de tilhørende svarkategorier er dækkende og ikke overlapper hinanden (Maindal, 2003; Brugerinddragelse, 2015), hvorfor der i henhold til uddannelse, ledighedsperiode samt

aktivitetstilbud oprettes mulighederne *ved ikke* og/eller *en andet* som kategori for at sikre, at der er en svarmulighed for alle respondenter. Endvidere oprettes der ved spørgsmålet til alder en dropdown kategori for at mindske risikoen for fejlindtastninger. Forinden baggrundsoplysninger oprettes et spørgsmål omhandlende hvorvidt personen er mellem 16-64 år og modtager dagpenge med henblik på, at det kun er den ønskede målgruppe, som deltager i undersøgelsen.

LAMB-S

Efter baggrundsspørgsmålene kommer den danske oversættelse af *LAMB-S*. Der er flere måder at oversætte et spørgeskema på, hvor den simpleste måde er, at forfatterne bag projektet selv laver oversættelsen (Thorsen, 2005). Ved denne metode foretages en primær oversættelse af flere oversættere uafhængigt af hinanden (Thorsen, 2005), hvilket gøres ved, at ét gruppemedlem oversætter fra engelsk til dansk mens det andet gruppemedlem oversætter fra tysk til dansk. Dernæst sammenlignes oversættelserne for at finde den formulering, som giver mest mening og bedst indfanger betydningen fra de oprindelige spørgsmål. Spørgsmålene i *LAMB-S* anvender de samme svarkategorier i alle spørgsmålene. En fordel herved er, at det er overskueligt for respondenterne at besvare, hvilket også medvirker til, at en svag læser skal gennem færre ord, hvorved svarprocenten muligvis kan øges (Brugerinddragelse, 2015). En ulempe er dog, at det kan give anledning til, at respondenterne anvender samme svarkategori i hele spørgeskemaet og dermed ikke gennemlæser eller forholder sig til hvert spørgsmål (Brugerinddragelse, 2015). Det vides fra litteraturen, at spørgeskemaet *LAMB-S* har en høj reliabilitet, da Cronbach alpha for alle subskalaer i *LAMB-S* er mellem 0,77-0,95, samt en høj validitet (Kovacs *et al.*, 2019), hvorfor det forventes, at måden hvorpå spørgsmålene og svarmulighederne opstilles, ikke har indflydelse på kvaliteten af besvarelsen.

WHO-5

Spørgeskemaet *WHO-5* fremgår efter *LAMB-S* og skal afdække den mentale sundhed. I udarbejdelsen af spørgeskemaer anbefales det at anvende overskrifter, idet disse kan bidrage til at skabe struktur og overblik over spørgsmål som omhandler det samme samt anvende almindelig danske ord fremfor fagudtryk, da dette kan nedsætte forståelsen for respondenterne (Brugerinddragelse, 2015). På baggrund heraf udarbejdes overskriften *trivsel og velbefindende* til *WHO-5*, idet mental sundhed anses for at være et fagudtryk. Den interne sammenhæng i *WHO-5* undersøges ved Cronbach alpha i flere udenlandske studier, hvor værdierne varierer

mellem 0,82-0,95 (de Wit *et al.*, 2007; Hajos *et al.*, 2013; Halliday *et al.*, 2017). Disse fund stemmer overens med studier der udføres i en dansk kontekst (Bech *et al.*, 2003; Schougaard *et al.*, 2018), hvorfor *WHO-5* anses for at have en høj reliabilitet. Endvidere findes det, at *WHO-5* har en høj begrebsvaliditet. Dette validitetsbegreb omhandler sammenhængen mellem besvarelser på items og det underliggende fænomen, da det undersøges, om de svar som indhentes, repræsenterer det underliggende fænomen (Rattray and Jones, 2007). Denne værdi er høj i *WHO-5*, da alle items kun er relateret til én faktor (de Wit *et al.*, 2007; Hajos *et al.*, 2013; Topp *et al.*, 2015; Halliday *et al.*, 2017), hvorfor *WHO-5* kun måler ét underliggende fænomen. Da *WHO-5* har gode psykometriske egenskaber, opstilles spørgeskemaet på den oprindelige måde, hvor alle spørgsmål og tilhørende svarkategorier opstilles som et spørgebatteri.

Andet indhold og overvejelser

Spørgeskemaets sidste spørgsmål formuleres som et åbent spørgsmål, hvor respondenter har mulighed for at uddybe eventuelle svar. Dette kan give et uendeligt antal af svarmuligheder, hvorfor det ikke skal være hovedgrundlaget for ens spørgeskemaundersøgelse (Brugerinddragelse, 2015). I specialet inddrages det åbne spørgsmål, for at respondenter kan komme med kommentarer samt yderligere holdninger og erfaringer, som der ikke spørges til.

Endvidere er layoutet i spørgeskemaets vigtigt, da det kan påvirke respondenterens indtryk af undersøgelsen (Brugerinddragelse, 2015). Et godt og overskueligt spørgeskema skaber et overblik over spørgsmålene og de tilhørende svarkategorier og ser indbydende og professionelt ud (Brugerinddragelse, 2015). Spørgeskemaet opsættes i SurveyXact med designet fra Aalborg Universitet for at skabe et professionelt og troværdigt udseende. Endvidere skabes et overblik ved brug af overskrifter og mellemrum mellem sætningerne. Det færdige spørgeskema ses i bilag 5.

5.4.4.2 Ethiske overvejelser

Inden rekruttering af respondenter påbegyndes findes det relevant at overveje mulige etiske problemstillinger. Ethiske problemstillinger kan eksempelvis være konsekvenser for respondenterne samt i henhold til deres samtykke og anonymitet (Aday and Cornelius, 2006; Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008). Idet nogle respondenter vil kunne opfatte velbefindende og trivsel som et følsomt emne, er det vigtigt at gøre klart, at de i besvarelsen af

spørgeskemaet er anonyme og til enhver tid kan stoppe besvarelsen. Endvidere er der risiko for at spørgsmål i forhold til respondentens vigtighed for samfundet og venner i henhold til *LAMB-S* kan igangsætte en refleksion der kan medføre, at respondenterne kan få en følelse af utilstrækkelighed. Omvendt kan spørgeskemaet bidrage med noget positivt for alle respondenterne, da deres besvarelser og behov medvirker til at udarbejde et forandringsforslag af *Jobklub*, hvilket på sigt kan udbredes til andre kontekster.

I spørgeskemaet skal respondenterne informeres om formålet med projektet (Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008) samt have mulighed for at kunne kontakte afsenderen af spørgeskemaet (Hansen and Andersen, 2009), hvorfor disse oplysninger gives på første side af spørgeskemaet. Foruden formålet med specialet informeres respondenterne om, at det er frivilligt at deltage, at de vil blive anonymiseret samt at deres data behandles forsvarligt i henhold til de gældende GDPR-regler. Disse informationer fremgår på side to i spørgeskemaet, hvor respondenterne gennem samtykkeerklæringen giver tilladelse til, at deres besvarelser må anvendes i specialet. Respondenterne sikres anonymitet, da de ikke spørges til personlige oplysninger, hvorfor de ikke kan identificeres. Desuden opbevares data forsvarligt i en krypteret mappe med kode på en computer med kode, hvorfor uvedkommende ikke kan få adgang til data.

5.4.4.3 Validering af spørgeskemaet

Validering af et spørgeskema handler om at finde frem til, om det belyser det, som det har til hensigt at belyse (Brugerinddragelse, 2015). Første fase i valideringsprocessen er, at pilotteste spørgeskemaet på personer, som er repræsentative for den ønskede målgruppe. Formålet ved dette er at finde frem til, hvordan spørgsmålene og de tilhørende svarkategorier fungerer i praksis (Olsen, 2006) samt belyse eventuelle svagheder ved de opstillede spørgsmål, eksempelvis hvis de er svære at forstå (Brugerinddragelse, 2015). Pilottesten forløber ved at respondenterne besvarer spørgeskemaet, hvortil interviewerens undervejs stiller prædefinerede spørgsmål. For at sikre ensartethed i denne proces udarbejdes en spørgeguide, som indeholder definerede formuleringer samt tilhørende udforskende spørgsmål (Brugerinddragelse, 2015), hvilket fremgår af bilag 6. Da det grundet corona-krisen ikke har været muligt at stå nede på jobcentret, som først planlagt, har det kun været muligt at få fire ledige til at pilotteste spørgeskemaet. Den første pilottest foretages derfor kun på to ledige, da det skal være muligt at pilotteste eventuelle forbedringer og rettelser der opnås gennem pilottestningen på de resterende to ledige. Efter første pilottest foretages ændringer i form af, at der tilføjes

overskrifter til elementerne omhandlende *LAMB-S*, med henblik på at overskueliggøre hvad spørgsmålene handler om, samt tilføjelse af en tekst om, at respondenterne skal tænke tilbage på tiden før corona-krisen, da de to ledige giver udtryk for, at denne har påvirket deres hverdag. Endvidere laves spørgsmålene kortere og mere præcise samtidigt med, at der ændres i layoutet i følgeskrivelsen ved at anvende flere mellemrum. Derefter foretages pilottest nummer to, som ikke medfører yderligere rettelser, hvorfor der ikke foretages flere pilottests.

Der er endvidere behov for en statistisk validering af *LAMB-S* og *WHO-5* for at teste spørgeskemaets psykometriske egenskaber (Thorsen, 2005), hvilket består i at teste spørgeskemaets reliabilitet samt validitet (Maindal, 2003). Reliabilitet omhandler præcision, gentagelighed og den interne sammenhæng i spørgeskemaet og kan testes ved Cronbach alpha (Rattray and Jones, 2007). Denne statistiske analyse anvender inter-item korrelationer, hvilket er, at klarlægge hvor godt de enkelte items hænger sammen (Bland and Altman, 1997). Hvis værdien er mellem 0,7-0,8, er dette en indikation for, at de enkelte items er indbyrdes korreleret (Bland and Altman, 1997), hvorved spørgeskemaet har en høj korrelation og dermed en høj reliabilitet. Er den derimod over 0,9 indikerer det, at antallet af items kan reduceres (Bland and Altman, 1997). Validitet omhandler, hvorvidt spørgeskemaet formår at indfange det fænomen som undersøges, hvortil der findes flere forskellige validitetsbegreber (Maindal, 2003). I specialet testes begrebsvaliditet ved en faktoranalyse, hvor det undersøges, hvor mange faktorer der forklarer variationen i data (Rattray and Jones, 2007). Herved beregnes en eigenvalue, som er estimeret for varians forklaret af én faktor i datasættet, hvor en værdi større end 1 indikerer en varians større end det gennemsnitlige (Rattray and Jones, 2007), hvorved antallet af faktorer bestemmes ud fra de eigenvalues, som er større end 1. I specialet foretages seks faktoranalyser for hver subskala i henhold til *LAMB-S* samt en faktoranalyse for *WHO-5*. Samtidig foretages en faktoranalyse hvor alle subskalaer fra *LAMB-S* indgår samtidig, for at undersøge, om der således er seks faktorer. Efterfølgende laves scree plots for alle faktoranalyserne, hvilket illustrerer antallet af faktorer og de tilhørende eigenvalues. Kurven i koordinatsystemet viser, hvor stor en del af variationen i datasættet, de forskellige faktorer forklarer. Når kurven i scree plottet flader ud, vil flere faktorer ikke bidrage med yderlig forklaring til modellen, hvorfor antallet af faktorer identificeres der, hvor knækket på linjen er placeret (Rattray and Jones, 2007), hvorfor det anvendes som en grafisk fremstilling af, hvor mange faktorer der identificeres. Slutteligt beregnes roteret factor loading for den samlede faktoranalyse af *LAMB-S* for at sikre, at spørgsmålene måler den subskala de tilhører. Dette er

muligt, idet roteret factor loading roterer værdien således, at det kan identificeres hvilke items der hører til hvilket underliggende fænomen (Ratray and Jones, 2007).

5.4.4.4 Rekruttering af respondenter

Et spørgeskema kan administreres på forskellige måder herunder postomdelt, telefonisk- eller personlig kontakt samt elektronisk (Maindal, 2003), hvor specialets spørgeskema er egnet til elektronisk besvarelse. Fordelen ved elektronisk besvarelse er, at der er færre omkostninger, større mulighed for en højere svarprocent, større geografisk dækning samt sikring af anonymitet (Maindal, 2003). I specialet foregår rekrutteringsprocessen over digitale medier i form af Facebook og LinkedIn, hvor rekrutteringsteksten, se bilag 7, uploades på begge gruppemedlemmers medier. Rekrutteringen forløber fra 24. marts til og med 14. april, hvor der onsdag den 1. april sendes en påmindelse ud. Påmindelsen indeholder en opfordring til deltagelse for personer, som endnu ikke har besvaret spørgeskemaet, se bilag 8.

5.4.4.5 Statistiske analyser

I det følgende afsnit redegøres for, de statistiske analyser som foretages i indeværende speciale. En grundig beskrivelse og argumentation af dette, giver mulighed for, at resultaterne kan reproducere af andre forskere (Juul *et al.*, 2017), hvorved specialets reliabilitet øges. Alle statistiske analyser foretages i statistikprogrammet SAS 9.4. I specialet er der 70 ledige, som gennemfører spørgeskemaundersøgelsen og 25 ledige, som vælger at stoppe deres besvarelse, før de besvarer *LAMB-S*, som er specialets eksponering, samt *WHO-5*, som er specialets outcome, hvorfor de ikke indgår i studiepopulationen. De 25 besvarelser ekskluderes, da det ikke vides, om de gennemfører en besvarelse på et senere tidspunkt og dermed kommer til at indgå to gange. Baggrundsoplysningerne for respondenterne der gennemfører spørgeskemaet og respondenterne der delvist gennemfører sammenlignes derfor ikke.

Omkodning af variable

I specialet indgår seks eksponeringsvariable herunder *kollektivt formål*, *social kontakt*, *status*, *aktiviteter*, *tidsstruktur* samt *økonomi* og én variable for outcome, hvilket er *mental sundhed*. Endvidere medtages kovariater, som anses for at være mulige effektmodifikatorer eller confoundere, hvilke er *køn*, *alder*, *uddannelsesniveau*, *ledighedsperiode* samt *aktivitetstilbud*. Inden de statistiske analyser foretages, omkodes de inkluderede variable. Da risikoen for at der opstår type-2 fejl, hvor nulhypotesen fejlagtigt accepteres og den faktiske sammenhæng

dermed overses, stiger jo mindre den statistiske styrke er (Juul *et al.*, 2017), vælges det at gruppere specialets eksponeringsvariable samt outcomevariabel. Eksponeringsvariablene inddeles i tre grupper, frem for den originale rangorden med syv muligheder, henholdsvis *lav* fra 3-9 point, *middel* fra 10-14 point og *høj* fra 15-21 point. Dette er dog ikke gældende for kategorien *status*, da denne indeholder mindre end fem respondenter i *lav*, hvorfor *lav* og *middel* samles i én gruppe, *middel*. Outcomevariablen grupperes til to, henholdsvis *lav* og *høj mental sundhed*. Da den gennemsnitlige værdi i Danmark er 68 point (Sundhedsstyrelsen, 2017b), indgår respondenter med en værdi under 68 i gruppen *lav mental sundhed* og respondenter med en værdi lig med eller over 68 grupperes som *høj mental sundhed*. I henhold til kovariater ændres der ikke i den oprindelige kodning for køn og aktivitetstilbud. Alder omkodes til under og over 30 år, da dette er aldersgrænsen for deltagelse i *Jobklub*. Uddannelsesniveau samles til tre grupper herunder *kort*-, *mellemlang*- og *lang uddannelse*. Gruppen *kort uddannelse* indeholder folkeskole, ungdomsuddannelse, faglært og kort videregående, fordi der er få besvarelser i disse fire kategorier, *mellemlang uddannelse* indeholder mellemlang videregående og *lang uddannelse* indeholder lang videregående. Der indgår ingen missing, da ingen respondenter besvarer *andet* eller *ved ikke*. Inddelingen af ledighedsperioden ændres kun ved at ledighed mellem 10-12 måneder lægges sammen med ledighed over 12 måneder, da der er få respondenter i gruppen over 12 måneder. For uddybning af omkodningen, se bilag 9.

Deskriptive- og Bivariate analyser

Deskriptive analyser anvendes til at afdække karakteristika ved en studiepopulation og angives i frekvenser og procentdele (Kirkwood and Sterne, 2003). Dermed kan der i specialet findes frem til, hvordan respondenterne fordeler sig i antal samt hvor stor en procentdel mænd og kvinder eksempelvis udgør af hele studiepopulationen. Endvidere foretages bivariate analyser i form af Chi² test. Chi² udføres for at undersøge, om der er en association mellem rækkevariable og kolonnevariable (Kirkwood and Sterne, 2003), hvor rækkevariablene er eksponeringsvariable samt kovariater og kolonnevariablen er specialets outcome, høj og lav mental sundhed. Formålet med de bivariate analyser er derfor at belyse, hvorvidt de to grupper, høj og lav mental sundhed, differentierer sig statistisk signifikant fra hinanden fordelt på eksponeringsvariable og kovariater.

Test for effektmodifikation og confounding

Forud for de multivariate analyser testes der for effektmodifikation, og hvis ikke dette forekommer, testes der efterfølgende for confounding for de inkluderede kovariater. Ved effektmodifikation menes, at en anden faktor influerer på den effekt som undersøges, hvorimod confounding medvirker til en årsagsforveksling og dermed en fejlfortolkning af data (Juul *et al.*, 2017). Effektmodifikation testes via stratumspecifikke analyser, hvor der beregnes en OR for sammenhængen eksempelvis både for mænd og kvinder. Hvis OR adskiller sig fra hinanden eller konfidensintervallerne ikke overlapper betydeligt, er det tegn på effektmodifikation (Juul *et al.*, 2017). Ved test for confounding beregnes en OR for en ujusteret og en justeret model. Hvis disse estimerer ikke er ens eller konfidensintervallerne ikke overlapper betydeligt, er der tegn på confounding (Juul *et al.*, 2017). Hvis de beregnede resultater viser tegn på effektmodifikation angives de stratumspecifikke resultater, hvorimod der ved confounding anvendes justering.

Multivariate analyser

Efterfølgende foretages multivariate analyser i form af en multipel logistisk regression for at undersøge sammenhængen mellem eksponeringsvariable og outcome blandt ledige. Logistisk regression anvendes i tilfælde hvor outcome er dikotomt, hvortil data vurderes på baggrund af opstillede nulhypoteser (Juul *et al.*, 2017). Nulhypoteser formuleres som udsagn om ingen sammenhæng, hvorfor de kan forkastes, hvis resultaterne viser en statistisk signifikant sammenhæng mellem grupperne ved en p-værdi på $<0,05$ (Juul *et al.*, 2017). I specialet opstilles seks nulhypoteser, hvor et eksempel på en nulhypotese er; $H_0(1)$: *Der er ingen sammenhæng mellem tidsstruktur og mental sundhed hos ledige*. I specialet beregnes først en ujusteret model, hvorefter antallet af modeller afhænger af, hvor mange confoundere der justeres for. I alle de opstillede modeller angives en OR samt et tilhørende konfidensinterval.

5.4.5 Interview

Et interview kan bidrage til at afdække individers meninger, holdninger og oplevelser af et fænomen (Tangaard and Brinkmann, 2015), hvorfor denne dataindsamlingsmetode anvendes til at besvare forskningsspørgsmål 3: *Hvilke barrierer og facilitatorer er der i forbindelse med implementeringen af forandringforslagene udarbejdet for at forandre Jobklub med henblik på*

at inddrage elementer med fokus på at forbedre den mentale sundhed? Interviewet med de to tovholdere af *Jobklub* skal anskaffe viden om eventuelle barrierer og facilitatorer der kunne være i forbindelse med implementeringen af forandringsforslaget i *Jobklub*.

5.4.5.1 Et semistruktureret interview

Forinden planlægningen af interviewet skal der opnås en forståelse for samt kendskab til fænomenet (Tangaard and Brinkmann, 2015), hvilket gøres gennem problemanalysen, den systematiske litteratursøgning og spørgeskemaundersøgelsen. En systematisk planlægning af et interview kan bidrage til, at den viden der opnås har højere kvalitet samt, at det er nemmere at behandle den data, der indsamles gennem interviewet (Kvale and Brinkmann, 2015). Der indgår syv faser i en interviewundersøgelse som bidrager til systematik og dermed højere kvalitet (Kvale and Brinkmann, 2015), hvorfor disse anvendes i specialet. I første fase formuleres formålet med interviewet (Kvale and Brinkmann, 2015), hvilket kommer til udtryk gennem forskningsspørgsmål 3. Anden fase er design, som omhandler hvordan interviewundersøgelsen udformes og tilrettelægges (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviews befinder sig på et kontinuum fra et stramt struktureret til et relativt ustruktureret interview, hvorimellem det semistrukturerede interview befinder sig. I det semistrukturerede interview opstilles der prædefinerede spørgsmål dog med mulighed for, at skubbe disse til side, og lade interviewpersonen fortælle (Tangaard and Brinkmann, 2015). I specialet anvendes det semistrukturerede interview som design for at sikre, at udtalelserne fra tovholderne kan besvare forskningsspørgsmål 3 samtidigt med, at der fortsat er en åbenhed overfor andre emner.

5.4.5.2 Rekrutteringen af tovholderne

Rekrutteringen af de to tovholdere af *Jobklub* sker gennem et indledende møde hvor det aftales, at de skal indgå i et interview med henblik på at give indblik i, om forandringsforslagene af *Jobklub* er mulige samt, hvilke barrierer og facilitatorer der kan være i forbindelse med implementering af disse i *Jobklub*. Tovholderne anses for at være eksperter på området, hvorfor der kun rekrutteres de to, som står for at afholde *Jobklub*.

5.4.5.3 Udarbejdelse af interviewguide

Den tredje fase omhandler, hvorledes interviews gennemføres, hvilket kan gøres på baggrund af en interviewguide (Kvale and Brinkmann, 2015). Et semistruktureret interview tager afsæt i en interviewguide (Tangaard and Brinkmann, 2015), for at strukturere interviewet, hvorfor

interviewguiden indeholder emner, der skal undersøges samt forslag til spørgsmål (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewguiden udarbejdes som et skema der indeholder forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål, uddybende spørgsmål samt briefing og debriefing, se bilag 10. Forskningsspørgsmålene har et mere teoretisk sprog (Kvale and Brinkmann, 2015), som forsøger at få forklaringer på et fænomen (Tangaard and Brinkmann, 2015), hvor interviewspørgsmålene formuleres med hverdagssprog (Kvale and Brinkmann, 2015), hvis formål er at få beskrivelser af et fænomen (Tangaard and Brinkmann, 2015). Der findes forskellige interviewspørgsmål, hvor specialet særligt fokusere på åbne og ikke ledende spørgsmål. Endvidere anvendes der indledende, fortolkende, opfølgende og strukturerede spørgsmål samt spørgsmål der bidrager til produktion af viden og spørgsmål der bidrager til en god relation, hvormed spørgsmålene har en tematisk og dynamisk dimension (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewet starter med en briefing, som giver praktiske oplysninger eksempelvis i form af formålet med projektet (Kvale and Brinkmann, 2015). Der samles op på briefinggen gennem en debriefing i slutningen af interviewet (Kvale and Brinkmann, 2015), i denne spørges der til, om tovholderne af *Jobklub* har mere at sige samt hvordan deres oplevelse af interviewet har været.

5.4.5.4 Udførsel af interview

I forlængelse af den tredje fase er udførelsen af interviewet (Kvale and Brinkmann, 2015). Oftest foretages et interview face-to-face (Tangaard and Brinkmann, 2015), men da det grundet corona-krisen ikke er muligt, foretages interviewet med de to tovholdere over microsoft teams. Forud for interviewet fremsendes specialets seks forandringsforslag til tovholderne, så de har mulighed for at læse og forholde sig til disse inden interviewet, se bilag 11. Begge gruppemedlemmer deltager i interviewet, hvor den ene agerer interviewer mens den anden er suppleant, hvis formål er at sikre, at intervieweren kommer omkring alle interviewspørgsmålene samt supplerer med eventuelle relevante spørgsmål. Formålet med at inddrage en suppleant er, at intervieweren udelukkende kan fokusere på at stille spørgsmål og være i dialog med tovholderne af *Jobklub*. Interviewet varer ca. en time og optages via microsoft teams. Ved at optage interviewet, kan intervieweren frit fokusere på dynamikken mellem interviewer og informanten samt emnerne i interviewguiden (Kvale and Brinkmann, 2015).

5.4.5.5 Transskribering

Fjerde fase handler om at transskribere talesprog til tekst, hvilket indebærer vurderinger og beslutninger undervejs, i forhold til, hvordan dette gøres mest korrekt (Kvale and Brinkmann, 2015). For at sikre detaljer i interviewet samt at analysen kan påbegyndes ved transskribering (Kvale and Brinkmann, 2015), foretages denne af interviewer. Der opstilles retningslinjer for transskriberingen, for at fremvise hvad de forskellige tegn betyder, hvilket fremgår af bilag 12. Der transskriberes ordret, for at være tro mod det talte (Kvale and Brinkmann, 2015), dog vil citater der indgår i specialet ikke være ordrette men i stedet præsenteres i skriftlig korrekt form.

5.4.5.6 Analysestrategi

I femte fase skal analysemetoden der passer til undersøgelsens formål, emne og interviewmateriale findes (Kvale and Brinkmann, 2015). Idet indeværende speciale har hermeneutikken som videnskabsteoretisk position og gruppemedlemmerne har en forforståelse, findes det relevant at anvende den hermeneutiske analysestrategi af Dahlager og Fredslund. Denne analyse indeholder en dekontekstualisering, som handler om at betragte enkelte dele af materialet, samt en rekontekstualisering, hvorved materialet sammensættes på ny, hvor begge styres af problemformuleringen (Dahlager and Fredslund, 2011). Analysestrategien indeholder fire faser; *helhedsindtryk*, *identificering af meningsbærende enheder*, *operationalisering* samt *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning* (Dahlager and Fredslund, 2011). De første faser inspireres af fænomenologien, hvor forskerens forforståelse sættes i parentes, så teksten kommer til ord, på trods af at det ud fra en hermeneutisk tankegang ikke er muligt (Dahlager and Fredslund, 2011).

Helhedsindtrykket i trin ét anskaffes ved at læse teksten og lytte interviewet igennem (Dahlager and Fredslund, 2011), hvorfor begge gruppemedlemmer både læser transskriberingen samt lytter interviewet igennem forinden analysen af materialet. I trin to organiseres materialet i meningsbærende emner ud fra teksten. Disse meningsbærende enheder reduceres og struktureres til kategorier, hvormed meningskategorisering sker (Dahlager and Fredslund, 2011). I tredje trin arbejdes der med kategoriseringen, hvor der blandt andet tages stilling til, om en kategori skal inddeles i underkategorier eller om kategorier skal sættes sammen, dette for at sikre, at de meningsbærende enheder ikke optræder i flere kategorier (Dahlager and Fredslund, 2011). Rekontekstualiseringen i trin fire består af, at kategorierne sættes sammen

på en ny måde, hvormed der skabes overordnede temaer (Dahlager and Fredslund, 2011). I denne fase fortolkes det individuelle interview, og der udledes temaer, som skal bidrage til at forstå, hvilke eventuelle barrierer og facilitatorer der kan være i henhold til at implementere forandringsforslagene i *Jobklub*.

5.4.5.7 Verifikation og rapportering

Sjette fase handler om verifikation, hvilket indebærer at fastslå interviewets kvalitet i form af validiteten, hvilket henviser til, om det tilsigtede undersøges, samt reliabiliteten hvilket henviser til, om resultaterne er konsistente og generaliserbare (Kvale and Brinkmann, 2015). Dette diskuteres i afsnit 7.2. Den syvende fase, rapportering, omhandler hvorledes resultaterne af undersøgelsen rapporteres, om interviewundersøgelsen lever op til videnskabelige og etiske retningslinjer samt om resultatet fremstilles læsevenligt (Kvale and Brinkmann, 2015). Det forsøges at fremstille resultaterne læsevenligt i afsnit 7.1 og i nedenstående fremstilles de etiske retningslinjer samt, hvorledes det forsøges, at imødekomme disse.

5.4.5.8 Etiske overvejelser

Interviews handler om at udforske menneskers liv samt den sociale relation mellem interviewer og den interviewede (Kvale and Brinkmann, 2015), hvorfor dette kan medføre etiske problemstillinger. Arbejde med biologisk materiale eller følsomme og fortrolige personoplysninger, eksempelvis etnisk baggrund, politiske og religiøse overbevisninger, skal afreporteres til henholdsvis den videnskabsetiske komité og datatilsynet (Brinkmann, 2015). Idet der ikke arbejdes med biologisk materiale eller følsomme og fortrolige personoplysninger rapporteres der ikke til den videnskabsetiske komité eller datatilsynet.

De etiske retningslinjer for forskere er at indhente informeret samtykke, behandle oplysninger fortroligt, undgå konsekvenser for individet og overveje sin rolle som forsker (Kvale and Brinkmann, 2015). *Informeret samtykke* skal indeholde information om formål, design, at deltager frivilligt, og dermed altid kan trække deres udtalelser tilbage, samt at deres udtalelser behandles fortroligt. Slutteligt skal det indeholde hvem der har adgang til materialet (Kvale and Brinkmann, 2015), se bilag 13. Disse oplysninger gives både skriftligt, i det informerede samtykke, og mundtligt i briefing samt ved debriefingen for at sikre, at informanten har forstået, hvad de skriver under på. *Fortrolighed* omhandler, at informanten ikke skal kunne identificeres, og hvis dette er umuligt så skal informanten være indforstået med, at de er

identificerbare (Kvale and Brinkmann, 2015). Tovholderne af *Jobklub* anonymiseres, men der er dog risiko for, at de kan identificeres af medarbejdere på jobcentret, hvorfor tovholderne gøres opmærksomme på dette. Deres udtalelser behandles fortroligt i henhold til de gældende GDPR-regler, hvorfor udtalelserne opbevares i en krypteret mappe med kode på en computer med kode. De forventede *konsekvenser* for tovholderne diskuteres, og det formodes, at interviewet vil medføre flere fordele for tovholderne end ulemper, da specialet kan bidrage til eventuelle forandringer og forbedringer af *Jobklub*, hvilket er i deres interesse. *Forskerens rolle* handler om, hvorledes resultater fremstilles præcise og repræsentative samt, at det forsøges at lave gennemsigtigt i forhold til proceduren (Kvale and Brinkmann, 2015). Resultaterne af interviewet forsøges fremstillet repræsentativt ved at transskribere ordret. Derudover opstilles et kodetræ med temaer, ud fra tovholdernes udtalelser, hvorved gennemsigtheden i resultaterne fra interviewet øges.

6 Udvikling af forandringsforslag

I følgende afsnit præsenteres resultaterne fra litteraturstudiet efterfulgt af en analyse af dette, med henblik på, at få indblik i interventionernes målgruppe, varighed og tilgang. Endvidere fremanalyseres det, hvilke latente og manifeste fordele interventionerne i de udvalgte studier beskæftiger sig med. Dernæst udarbejdes resultater og analyse af spørgeskemaundersøgelsen, for at undersøge sammenhængen mellem de latente samt manifeste fordele og mental sundhed i studiepopulationen. Slutteligt diskuteres de anvendte metoder samt specialets resultater med henblik på at finde de elementer, der skal indgå i modelleringen.

6.1 Resultater og analyse

Dette afsnit skal forsøge gennem litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen at besvare forskningsspørgsmål 1 og 2. Resultaterne og analyserne af litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen opstilles hver for sig, for dernæst at blive samlet i resultatdiskussionen.

6.1.1 Litteraturstudiet

I litteraturstudiet indgår to reviews og ét ikke randomiseret kontrolleret forsøg. Nedenfor fremgår en oversigt over studienes indhold, hvilken tjekliste der anvendes til den kritiske vurdering samt studienes samlede kvalitetsvurdering, se tabel 3, 4 og 5.

Tabel 3: Oversigt over review af Moore et al

Titel: Intervention to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review Forfatter og årstal: Moore et al. 2017 Land og design: England. Systematisk review	
Formål: At udarbejde et systematisk review over evidensen af RCT med interventioner til den generelle population af ledige med henblik på, at reducere effekten af økonomiske vanskeligheder på den mentale sundhed. In- og eksklusionskriterier: Inkluderer studier hvis design er RCT eller randomiserede klynge forsøg, som indeholder en intervention målrettet folkesundhed eller sundhedsservice samt outcome mental sundhed. Studier ekskluderes, hvis der indgår individerne med en alvorlig mental lidelse eller som er udenfor den arbejdsdygtige alder, hvis studiet fokuserer på rehabilitering til individer med somatiske eller mentale sundhedsproblemer eller på specifikke målgrupper i populationen af ledige samt hvis studiet ikke måler på mental sundhed. Studiepopulation: Ledige med en gennemsnitlig ledighedsperiode fra 2,3 til 33 måneder samt en alder fra 32 til 58 år. Endvidere er der forskel i køn, hvor mænd i de inkluderede studier varierer fra 13% til 98% af studiepopulationen. Metode: Der søges i databaserne <i>MEDLINE</i>, <i>PsycInfo</i>, <i>Embase</i>, <i>Cochrane Library</i> og <i>Web of Science</i>. Søgningerne er foretaget den 27 maj 2015 og igen den 16 januar 2016. Udvælgelse af studier foretages af alle seks forfattere ud fra titel, abstract og fuldtekst, hvor der diskuteres indtil enighed opnås. De udvalgte studier analyseres og vurderes ud fra Cochrane Risk-of-Bias Tools. Resultater: Der inkluderes i alt 26 studier. 17 måler effekten af Jobklub, tre måler effekten af kognitive adfærdsterapi (CBT). Ét måler effekten af ekspressiv skrivning, to måler effekten af guided mental forståelse, ét måler effekten af emotionel kompetencetræning og to evaluerer rådgivning i forhold til gæld. Ud af de 26 studier indgår der 11 forskellige interventioner, hvor seks interventioner er fra USA, to fra England og ét fra henholdsvis Spanien, Australien og Finland. Interventionerne inddeles i tre kategorier; <i>Jobklub</i>, <i>CBT</i> og <i>andre interventioner</i>. Interventionerne og deres effekt: De fem interventioner der kategoriseres som Jobklub har forskellig effekt. JOBS II, Jobklub af Rife og Työhön, har en positiv effekt på den mentale sundhed målt ved depressive symptomer, hvor det kun er JOBS II og Jobklub af Rife, som har indvirkning på at komme i arbejde. JOBS I finder en signifikant positiv effekt på den mentale sundhed både ved 6 uger, 4 måneder og 28 måneder, målt ved depression. Jobklub af Gustafson finder hverken effekt på den mentale sundhed eller i forhold til at komme i arbejde. Den ene CBT-intervention finder en positiv effekt på den mentale sundhed og i forhold til at komme i arbejde, mens den anden CBT-intervention ingen effekt har på mental sundhed og i forhold til at komme i arbejde. De fire <i>andre interventioner</i>, har ingen effekt på den mentale sundhed blandt ledige, dog har to af interventionerne effekt i forhold til at komme i arbejde, hvilke er ekspressiv skrivning og guidet mental forståelse. Relevans ift. specialet: Interventionerne, kategoriseret som Jobklub og CBT, kan bidrage med viden om, hvilke latente og manifesterede fordele der er i interventioner som disse og dermed, hvad indholdet i <i>Jobklub</i> skal forandres til for ligeledes at berøre disse fordele, da dette vil kunne forbedre den mentale sundhed blandt ledige.	
Tjekliste: AMSTAR 2	Kvalitetsvurdering: Metodisk kvalitet: Høj Reliabilitet: Høj Generaliserbarhed: Middel

Tabel 4: Oversigt over review af Koopman et al

Titel: Mental health promoting interventions for the unemployed: A systematic review of applied techniques and effectiveness Forfatter og årstal: Koopman et al. 2017 Land og design: Holland. Systematisk review	
Formål: At udarbejde et systematisk review som adresserer videnshullet omkring, hvilke interventioner der eksisterer og er de mest lovende i at forbedre den mentale sundhed hos ledige. In- og eksklusionskriterier: Der inkluderes studier, som er målrettet ledige voksne, beskriver en intervention og indeholder det primære outcome, mental sundhed. Studier ekskluderes hvis der kun fokuseres på unge, hvis mental sundhed kun defineres ved self-efficacy, hvis der fokuseres på målgrupper, som har fysisk funktionsnedsættelse, er stofmisbrugere eller har svære mentale lidelser, samt hvis studiet er fra før 1993, er kvalitativt eller ikke er på engelsk. Studiepopulation: Deltagerne er kort- eller langtidsledige, defineret som henholdsvis under og over 12 måneder. Alder eller køn opgives ikke. Metode: Der søges i SCOPUS, Web of Science og PsycInfo, hvori der anvendes tre søgeblokke. Udvælgelsen af studier forløber ved, at én forfatter screener antallet af titler, hvorefter en tilfældig stikprøve på 40% screenes af en anden i forskergruppen. Dernæst screenes abstract af to forfatter uafhængig af hinanden, hvor en forfatter screener alle og en anden screener 50%. Slutteligt screenes fuldttekst af én forfatter og screenes af en anden forfatter ved tvivl om, hvorvidt et studie skal inddrages. De inkluderede studier analyseres og vurderes ud fra Cochrane Collaboration Tool. Resultater: Der inkluderes 24 studier, som kategoriseres i; <i>occupational skills training</i> (OST), <i>psychological interventions</i> (PI) og <i>combined interventions</i> (CI). Ni studier indeholder OST, der fokuserer på jobsøgningsfærdigheder, som blandt andet er, at skrive en ansøgning samt forberedelse til en jobsamtale. Ni studier er PI, som fokuserer på CBT, selvtillid, optimisme, hvordan der kan skabes kontrol over hverdagen mm. Seks studier er CI, som er en kombination af OST og PI. Af de inkluderede 24 studier er der 21 forskellige interventioner. Interventionerne og deres effekt: Seks ud af ni OST interventioner finder en positiv effekt på den mentale sundhed, hvor de resterende tre ingen effekt finder. I PI kategorien har syv ud af ni studier en positiv effekt på den mentale sundhed, hvoraf to studier ikke finder en effekt. Alle seks studier som indeholder CI interventioner finder positive effekter på den mentale sundhed. Det ses dermed, at 19 ud af 24, har en positiv effekt på den mentale sundhed. Relevans ift. specialet: Idet interventionerne har en positiv effekt på den mentale sundhed kan de anvendes til at opnå viden om, hvilke latente og manifesterede fordele disse omhandler, for dermed at kunne forandre indholdet i <i>Jobklub</i> til at minde om interventionernes indhold.	
Tjekliste: AMSTAR 2	Kvalitetsvurdering: Metodisk kvalitet: Høj Reliabilitet: Høj Generaliserbarhed: Middel

Tabel 5: Oversigt over studiet af Limm et al

Titel: Effects of a health promotion program based on a train-the-trainer approach on quality of life and mental health of long-term unemployed persons Forfatter og årstal: Limm et al. 2015 Land og design: Tyskland. Et ikke randomiseret kontrolleret forsøg med follow-up efter tre måneder	
Formål: Det ønskes, at evaluere effekten af et sundhedsfremmende program på helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed hos langtidsledige i Tyskland. In- og eksklusionskriterier: Angives ikke. Studiepopulation: Der indgår 179 ledige i interventionsgruppen og 108 i kontrolgruppen, som har været ledige i over et år. Ved baseline er gennemsnitsalderen i interventionsgruppen 43,1 år og består af 117 kvinder hvor gennemsnitsalderen i kontrolgruppen er 45,8 år og består af 44 kvinder. Ved sammenligning af interventions- og kontrolgruppen ved baseline, ses der en signifikant forskel mellem deltagerne i henhold til alder, køn og den mentale komponent, <i>SF-12</i>. Rekruttering: Rekrutteringen af deltagere foregår i to forskellige settings, herunder Hannover, hvilket er et regulær jobcenter, samt Munich, hvor der er non profit organisationer, som tilbyder arbejde uden for det regulære jobmarked. Ved hver setting placeres deltagerne enten i interventions- eller kontrolgruppen. I Hannover gøres dette per person og i Munich gøres det per organisation. Interventionens indhold: Det sundhedsfremmede program forløber over tre måneder og indeholder to individuelle sessioner med fokus på den lediges sundhedsadfærd gennem den motiverende samtale samt ugentlige to til tre timers gruppesessioner med fokus på fysisk aktivitet, sundhedsspørgsmål og emner defineret af de ledige. Deltagerne i interventions- og kontrolgruppen deltager samtidig i standard programmet, <i>tilbage-til-job</i>. Statistiske analyser: Primær outcome er helbredsrelateret livskvalitet målt ved <i>SF-12</i> og sekundære er depression og angst, målt ved <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>. Der udarbejdes deskriptive analyser ved baseline, hvor gennemsnit, SD og procent rapporteres. Sammenligninger mellem interventions- og kontrolgruppen undersøges ved Mann-Whitney U for kontinuerte data og Pearsons Chi² test for kategoriske data. Der beregnes separate Cohen's d effekt size estimater for begge grupper baseret på parrede t-test for at se om værdien for outcome ændres ved afslutningen. For at finde potentielle effektmodifikatorer laves subgruppeanalyser. Signifikansniveau fastsættes til 5%, og alle analyser foretages i SAS. Resultater: Både den fysiske og mentale komponent i <i>SF-12</i> forbedres signifikant i interventionsgruppen. Der er også forbedringer i kontrolgruppen, men disse er ikke signifikante. Justering for alder og køn ændrer ikke på konklusionen. For den fysiske komponent er der en lille Cohens d effektstørrelse i begge grupper, hvor interventionsgruppen er 0.19 og kontrolgruppen er 0.05. Der ses en signifikant reduktion i scoren for depression og angst i interventionsgruppen, hvor en justering af alder og køn ikke ændrer på dette. Subgruppeanalyserne viser, at køn, alder og ledighedsperiode kan anses for at være effektmodifikator, hvor det ses, at de positive resultater af det sundhedsfremmende program særligt er til fordel for mænd, ældre deltagere og personer, som har været ledige i over fem år i interventionsgruppen. Relevans ift. specialet: Da det sundhedsfremmende program viser signifikante forbedringer både på det primære og sekundære outcome kan studiet bidrage med viden om, hvordan <i>Jobklub</i> kan forandres til ligeledes at være målrettet mental sundhed.	
Tjekliste: ROBINS-I	Kvalitetsvurdering: Intern validitet: Middel Ekstern validitet: Middel Reliabilitet: Middel

6.1.1.1 Kvalitetsvurdering af de tre udvalgte studier

I det følgende fremskrives hvad der ligger til grund for kvalitetsvurderingerne som indgår i oversigten. Kvalitetsvurderingerne udarbejdes på baggrund af en kritisk vurdering ved brug af tjeklister, hvor Moore fremgår af bilag 2, Koopman af bilag 3 og Limm af bilag 4.

Kvalitetsvurdering af Moore et al. 2017

Formålet er at lave et systematisk review over evidensen af RCT-studier med interventioner til den generelle population af ledige med henblik på at reducere effekten af økonomiske vanskeligheder på den mentale sundhed. Studierne i reviewet undersøger interventionernes effekt på den mentale sundhed, hvor nogle studier også undersøger effekten af at komme i arbejde. Idet reviewet ikke inkluderer studier, som direkte kan besvare formålet, svækkes den metodiske kvalitet. Den detaljerede beskrivelse af den systematiske søgning fremgår ikke i reviewet men derimod i det supplerende materiale. Heri indgår desuden detaljerede oplysninger, om de systematiske søgninger, eksempelvis i form af søgestrategi samt hvilke søgeord, der anvendes i de forskellige databaser. På baggrund heraf, vurderes det, at den systematiske søgning er tilfredsstillende, hvilket styrker den metodiske kvalitet af reviewet. Udvælgelsesprocessen foretages af alle forfattere ud fra veldefinerede in- og eksklusionskriterier, hvorved det forventes, at alle relevante studier inkluderes. Endvidere kvalitetsvurderes studierne, hvilket styrker den metodiske kvalitet. På baggrund af ovenstående vurderes den metodiske kvalitet i reviewet til at være høj.

Der er en høj transparens i den systematiske litteratursøgning, da der indgår informationer om, hvilke databaser der søges i, hvornår søgningerne foretages og af det supplerende materiale fremgår det, hvilke søgeord der anvendes, hvorfor muligheden for at gentage søgningen øges, hvilket styrker reliabiliteten. Reliabiliteten styrkes endvidere ved, at der er et fyldestgørende overblik over de inkluderede studier, hvilket fremgår i reviewet, samt en detaljeret liste over de ekskluderede studier samt, hvorfor disse ekskluderes, hvilket er i det supplerende materiale. Derudover indgår en vurderingen af risiko for bias i studierne, hvilket illustreres i en figur i reviewet, hvormed reliabiliteten i reviewet styrkes. I reviewet angives der dog ikke, hvilke resultater fra de inkluderede studier der inddrages, hvilket svækker reliabiliteten i reviewet. Det vurderes, at reviewet generelt fremstiller de metodemæssige valg og udfordringer detaljeret, hvorfor reliabiliteten vurderes til at være høj.

Reviewet baserer deres resultater på baggrund af studier som vurderes til at have høj eller uklar risiko for bias, vil resultaterne i reviewet ligeledes påvirkes af dette, hvorfor generaliserbarheden af resultaterne svækkes. Endvidere inkluderer nogle af studierne subgrupper som langtidsledige og individer som bor i udsatte miljøer, hvilket kan have betydning for, om resultaterne kan generaliseres ud til den generelle befolkning af ledige. Generaliserbarheden til en dansk kontekst styrkes dog ved, at de inkluderede studier udføres i vestlige lande, da disse har ligheder med Danmark. Idet der både er elementer der styrker og svækker generaliserbarheden, vurderes denne til at være middel.

På baggrund af ovenstående kvalitetsvurdering fremgår det, hvordan reviewet vurderes til at have en høj metodisk kvalitet, høj reliabilitet og middel generaliserbarhed. Reviewet indgår i specialets resultater, da det vurderes, at resultaterne kan bidrage til en forandring af *Jobklub*.

Kvalitetsvurdering af Koopman et al.

Formålet er at udarbejde et systematisk review, som adresserer videnshullet om, hvilke interventioner der eksisterer og er de mest lovende i at forbedre den mentale sundhed hos ledige. De inkluderede studier undersøger interventioners effekt på den mentale sundhed, hvormed formålet undersøges, hvilket styrker den metodiske kvalitet i reviewet. I reviewet fremgår en detaljeret beskrivelse af, hvilke databaser der søges i samt hvilken søgestrategi og søgeord der anvendes, hvorfor det vurderes, at den systematiske søgning er udført tilfredsstillende, hvilket styrker den metodiske kvalitet i reviewet. Endvidere styrkes den metodiske kvalitet i reviewet ved, at der opstilles præcise in- og eksklusionskriterier, at der fremgår en detaljeret beskrivelse heraf, at udvælgelsesprocessen er klart beskrevet og risikoen for bias, i de udvalgte studier, vurderes. Alle forfatterne er dog ikke med til at screene og udvælge studierne, hvorfor der er risiko for, at nogle studier fravælges, selvom en anden forfatter ville have inkluderet disse, hvorved den metodiske kvalitet svækkes. Den ovenstående kvalitetsvurdering fremstiller flest styrker, hvorfor den metodiske kvalitet i reviewet vurderes til at være høj.

Som beskrevet ovenfor er der en detaljeret beskrivelse af den systematiske søgning, hvorfor det er muligt at gentage søgningen, hvilket styrker reliabiliteten. Reliabiliteten styrkes endvidere ved, at udvælgelsesprocessen illustreres ved et flowchart, hvorfor det er muligt at se antallet af fremsøgte studier. Derudover indgår en oversigt over, hvilke studier der inkluderes, og hvordan de karakteriseres, hvilket ligeledes øger gennemsigtigheden og deraf styrker

reliabiliteten. Der indgår dog ikke en liste over de studier som ekskluderes samt på hvilken baggrund, hvorfor gennemsigtheden mindskes, som endvidere svækker reliabiliteten. Selvom der fremstilles elementer der både styrker og svækker reliabiliteten, vurderes det, at der er en tilstrækkelig fremstilling af de metodiske valg, hvorfor det vurderes, at den samlede reliabilitet er høj.

Idet studier der kun fokuserer på unge ledige, stofmisbrugere, målgrupper som har fysisk funktionsnedsættelse eller svære mentale lidelser ekskluderes, mens studier med jobparate kort- og langtidsledige inkluderes, vurderes det, at generaliserbarheden til den generelle befolkning af ledige styrkes. I resultaterne fremgår køn og alder dog ikke, hvorfor det ikke vides, hvem resultaterne kan udtale sig om, hvorved generaliserbarheden svækkes. Endvidere angives det ikke, hvilke lande de forskellige studier udføres i, hvilket svækker generaliserbarheden til en dansk kontekst, da det ikke vides, om der indgår lande, som er sammenlignelige med Danmark. Da der både er styrker og svagheder vedrørende generaliserbarheden vurderes den til at være middel.

Kvalitetsvurderingen illustrerer således, hvordan der både er en høj metodisk kvalitet og reliabilitet samt en middel generaliserbarhed i reviewet. På trods af at generaliserbarheden sættes til middel, vurderes det at resultaterne kan anvendes i en dansk kontekst, hvorved resultaterne fra reviewet indgår i specialet og dermed inddrages i forandringen af Jobklub.

Kvalitetsvurdering af Limm et al.

Formålet med studiet beskrives tydeligt og det vurderes, at studiet undersøger det som ønskes, hvorved den interne validitet styrkes. Endvidere styrkes den interne validitet ved, at der anvendes validerede spørgeskemaer til at afdække den mentale sundhed. Studiet anvender ikke randomisering til henholdsvis interventions- og kontrolgruppen, hvorfor der er risiko for confounding. Dette forsøges dog minimeret ved at anvende matching, som fejler for nogle sociodemografiske variable herunder køn og alder, hvorfor der kontrolleres for disse ved supplerende analyser, hvilket ikke ændrer på konklusionen af resultaterne. På baggrund heraf vurderes det, at den fejlende matching ikke har en betydning for studiets resultater, hvorfor den interne validitet hverken styrkes eller svækkes. Idet interventionsgruppen er overrepræsenteret af kvinder og yngre deltagere i forhold til kontrolgruppen, er der risiko for, at resultaterne er behæftet med selektionsbias, hvorved studiepopulationen ikke er repræsentativ for målpopulationen. Ved test for effektmodifikation findes det, at programmet har størst effekt

for mænd og ældre, som er underrepræsenteret i interventionsgruppen, hvorfor der kan ske en underestimering af resultatet grundet selektionsbias. Da det vurderes, at studiets resultater muligvis er behæftet med selektionsbias, svækkes den interne validitet. Idet der ikke anvendes blinding i studiet, kan resultaterne endvidere være behæftet med informationsbias, hvilket kan medføre, at der rapporteres flere positive resultater i henhold til effekten af programmet, hvorved den interne validitet svækkes. Den manglende blinding, kan samtidig resultere i, at der opstår social desirability bias. Denne type af bias omhandler, at respondenter angiver sine svar ud fra, hvad der er socialt ønskværdigt (Zachariae, 2004). Dette kan opstå, fordi deltagerne er bekendt med, hvad studiet undersøger og deraf rapporterer, hvad de mener de burde i stedet for, hvad der rent faktisk er gældende omkring deres mentale sundhed, hvorved der kan ske en overestimering af resultaterne, hvilket svækker den interne validitet. På baggrund af ovenstående fremgår både elementer som styrker og svækker den interne validitet, hvorfor det vurderes, at den interne validitet er middel.

Ledige i Danmark er berettiget til økonomisk understøttelse, i form af dagpenge, hvis de opfylder de krav og forpligtelser som de stilles, hvilket blandt andet er, at personen skal have været medlem af en A-kasse i 12 måneder samt registrere sig som ledig (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2020). I Tyskland, hvor studiet udføres, er ledige ligeledes berettiget til understøttelse, hvis de opfylder tre kriterier herunder at være ledig, have betalt til en forsikring i 12 måneder samt registreret sig som ledig (Udenrigsministeriet, 2020). Da der er ligheder mellem beskæftigelsesområdet i Danmark og Tyskland vurderes det, at studiepopulationen er sammenlignelig med ledige i en dansk kontekst, hvorfor den eksterne validitet styrkes. Studiepopulationen er dog ikke direkte overførbart til studieets målgruppe, da over halvdelen af deltagerne i studiet har været ledige i over fem år, hvor studieets målgruppe har været ledige i ét år, når de tilbydes at deltage i *Jobklub*, hvorved den eksterne validitet svækkes. Generaliserbarheden til en dansk kontekst, bliver på baggrund af ovenstående fund, både styrket og svækket, hvorfor den eksterne validitet vurderes til at være middel.

I studiet beskrives det ikke, hvordan selektionsprocessen forløber, hvilke in- og eksklusionskriterier der ligger til grund herfor, hvordan matchingen foregår samt en tabel over de justerede resultater, hvilket mindsker gennemsigtigheden i studiet, hvorved reliabiliteten ligeledes svækkes. Udvælgelsesprocessen illustreres dog i et flowchart og studiets outcome, statistiske metoder samt den sundhedsfremmende intervention beskrives detaljeret, hvorved

studiets reliabilitet styrkes. På baggrund heraf, er der både elementer som styrker og svækker reliabiliteten, hvorfor reliabiliteten vurderes til at være middel.

På baggrund af kvalitetsvurderingen fremgår det, hvorledes både den interne og eksterne validitet samt reliabiliteten vurderes til at være middel. Kvaliteten anses derfor for at være tilfredsstillende, hvorfor studiet indgår i specialets resultater og dermed kan bidrage til en forandring af *Jobklub*.

6.1.1.2 Analyse af de tre udvalgte studier

Jobklub kan forandres på flere måder, hvilket eksempelvis kan være i henhold til målgruppen, varigheden og tilgangen af *Jobklub* samt indholdet heri, hvilket undersøges gennem analysen af de tre udvalgte studier med henblik på at udarbejde et forandringsforslag.

Analyse af målgruppen, varigheden og tilgangen

Da fokus er på at forandre *Jobklub* således, at det indeholder elementer der kan forbedre den mentale sundhed, findes det relevant kun at udfolde de interventioner, som har effekt på den mentale sundhed. Interventionerne der ingen effekt finder, udfoldes derfor ikke i analysen, da det formodes, at disse heller ikke vil medføre en effekt på den mentale sundhed blandt ledige i en dansk kontekst. På baggrund heraf udfoldes, seks OST-interventioner, syv PI-interventioner og seks CI-interventioner fra Koopman et al., fem interventioner fra Moore et al. og den enkelte intervention i Limm et al., se tabel 6 og 7. Studiepopulationernes ledighedsperiode undersøges samt interventionernes varighed og tilgang, da dette kan indvirke på effekten af interventionen.

Tabel 6: Overblik over de udvalgte studiers studiepopulation samt interventionernes varighed og tilgang

		Studiepopulation	Interventionens længde	Tilgang
Koopman et al.	OST	Ledige i mere og mindre end 6 måneder	4-7 uger (160-280 timer), 4-6 uger (160-240 timer), 2 uger (3 timer), 3 uger (120 timer)	Gruppe eller gruppe kombineret med individuel
	PI	>= 12 måneder	3 dage (15 timer), 2 uger (1 time), 7 uger (21 timer)	Gruppe eller individuel
	CI	>3 år, > 13 uger	2 uger (20 timer), 1 uge (20 timer)	Gruppe
Moore et al.	Jobklub	< 4 måneder, < 13 uger, gennemsnitlig 10,7 måneder	2 uger (8x 3 timer), 1 uge (5x 4 timer), 5 dage med halve dages sessioner. En halv dags gruppe	Gruppe

			workshop med jobsøgning, herefter to eftermiddage om ugen i 12 uger	
	CBT	12 måneder til 12 år	7 uger (3 timer om ugen)	Gruppe
Limm	IG	Langtidsledige > 1 år, opdelt på ≤5 år og ≥ 5 år	Det individuelle er 3 måneder med 2 møder af 30-60 minutter hvor det gruppebaserede er 3 måneder med ugentligt møde i to-tre timer, hvor 120 minutter er gruppeaktiviteter og 60 minutter er fysisk aktivitet	Gruppe kombineret med individuel

OST= occupational skills training, PI= psychological interventions, CI= combined interventions, CBT= kognitiv adfærdsterapi, IG= interventionsgruppen af det sundhedsfremmende program.

Ovenstående tabel 6, viser interventionernes studiepopulation, varighed og tilgang. Ud fra tabellen ses det, at de inkluderede ledige har en ledighedsperiode fra under 13 uger til over fem år, hvorfor det tyder på, at interventionerne kan forbedre den mentale sundhed for både kort- og langtidsledige. Der findes derfor ingen klar tendens i forhold til, om der er en specifik målgruppe, som skal tilbydes interventionerne. Derimod findes det, at interventionerne er mest effektive for ledige, som har høj risiko for lav mental sundhed ved baseline (Moore *et al.*, 2017), samt mænd, ældre og personer der er ledige i over 5 år (Limm *et al.*, 2015). Endvidere ses det ud fra tabellen, at interventionernes varighed kan variere mellem én time til 280 timer og kan forløbe mellem tre dage og 12 uger og fortsat have en effekt på den mentale sundhed, hvorfor der ikke findes en klar tendens om, hvor længe interventioner skal vare. Det ses dog, at interventioner som forløber over 1 uge med i alt 20 timer har den største effekt på den mentale sundhed (Koopman *et al.*, 2017). Af tabellen fremgår det, at interventionerne både kan have en individuel-, gruppebaseret- eller kombineret tilgang og have en effekt på den mentale sundhed. I studiet af Koopman *et al.* findes det, at interventioner som anvender en gruppebaseret tilgang eller kombinere gruppe og en individuel tilgang har en større effekt på den mentale sundhed sammenlignet med en individuel tilgang alene. Dermed tyder det på, at der i interventioner skal indgå en gruppebaseret tilgang, enten alene eller i kombination med en individuel tilgang for at forbedre den mentale sundhed blandt ledige. Idet den latente fordel social kontakt kan opnås ved at være sammen med ligesindede individer, jævnfør afsnit 2.5.2.2, og interventionerne er gruppebaserede og deltagerne alle er ledige, vurderes det, at alle interventionerne beskæftiger sig med social kontakt jævnfør Jahoda, se tabel 7. Interventionerne udfoldes yderligere i det nedenstående, for at vurdere og fortolke, om interventionerne indeholder andre elementer af Jahoda samt Fryer.

Analyse af interventionernes indhold i henhold til Jahoda og Fryer

Udover at interventionerne indeholder social kontakt, fremanalyseret i ovenstående, vurderes det, at aktiviteter og tidsstruktur ligeledes indgår i interventionerne samt status undtaget interventionen i Limm et al. Det vurderes desuden, at ingen af interventionerne omhandler det kollektive formål og økonomi, se tabel 7.

Tabel 7: Overblik over om indholdet i interventionerne vurderes til at kunne bidrage med adgang til Jahodas latente fordele og Fryers manifeste fordel

		Jahoda - latente fordele					Fryer - Manifeste fordel
		Kollektivt formål	Social kontakt	Status	Aktiviteter	Tidsstruktur	Økonomi
Koopman et al.	OST	-	x	x	x	x	-
	PI	-	x	x	x	x	-
	CI	-	x	x	x	x	-
Moore et al.	Jobklub	-	x	x	x	x	-
	CBT	-	x	x	x	x	-
	Andre	-	x	x	x	x	-
Limm		-	x	-	x	x	-

OST= occupational skills training, PI= psychological interventions, CI= combined interventions, CBT= kognitiv adfærdsterapi, IG= interventionsgruppen af det sundhedsfremmende program. x angiver at interventionerne kan bidrage til elementer fra de latente og manifeste fordele og - angiver at interventionerne ikke kan bidrage til elementer fra de latente og manifeste fordele

Jævnfør afsnit 2.5.2.4 har individet behov for planlægning og regulære aktiviteter at stå op til, hvorfor aktiviteter i sig selv er gavnlige for den mentale sundhed. Idet alle interventionerne, i de tre udvalgte studier, medvirker til at deltagerne har noget at stå op til, så vurderes det, at alle interventionerne indeholder den latente fordel, aktivitet. Tidsstruktur beskrives, i afsnit 2.5.2.5, som værende vaner og rutiner, organisering af tid og aktiviteter. Idet interventionerne anses for at være en aktivitet i sig selv, som forløber over flere uger, vurderes det, at interventionerne ligeledes kan bidrage til at opbygge vaner og rutiner og derigennem give adgang til den latente fordel, tidsstruktur. Den latente fordel status beskrives i afsnit 2.5.2.3 og kan opnås via sin

status i samfundet samt sin identitet, som er individets syn på sig selv. Interventioner som giver individet en tro på sig selv kan være gavnlige i forhold til at vedligeholde adgang til status og dermed undgå at individets identitet påvirkes af samfundet, hvorfor den mentale sundhed forbedres. Idet interventionerne i Koopman et al. har fokus på at forbedre individets tro på sig selv samt anvender CBT med henblik på at undgå selvstigmatisering, vurderes det, at interventionerne indeholder elementer, som kan bidrage med adgang til status. Interventionerne fra Moore et al. beskæftiger sig ligeledes med CBT samt mestringsfølelse og personlig kontrol, hvorfor det tolkes, at disse interventioner ligeledes bidrager med adgang til status. Det fremanalyseres dermed at alle interventionerne, undtaget interventionen i Limm et al., kan bidrage med adgang til den latente fordel, status. Det kollektive formål omhandler, jævnfør afsnit 2.5.2.1, at individet har en følelse af at være nyttig og til gavn for samfundet, hvilket kan opnås gennem arbejde og fritidsaktiviteter. Idet ingen af interventionerne anses for at være fritidsaktiviteter, vurderes det, at disse ikke kan bidrage til adgang til et kollektivt formål. Endvidere vurderes det, at ingen af studierne beskæftiger sig med den manifesterede fordel, økonomi, da de ikke fokuserer på denne i henhold til ledighed.

Det kan ud fra ovenstående fremanalyseres, at gruppebaserede interventioner, som indeholder flere af de latente fordele, har en effekt på den mentale sundhed både hos kort- og langtidsledige, uanset varigheden af interventionen.

6.1.2 Spørgeskemaundersøgelsen

I indeværende speciale danner de gennemførte besvarelser baggrund for de resultater som beregnes, hvorfor studiepopulationen er 70. I de følgende afsnit fremgår resultaterne fra de statistiske analyser foretaget på specialets data, hvor syntax fra SAS fremgår i bilag 20 og de tilhørende outputs fremgår af bilag 21.

6.1.2.1 Karakteristika af studiepopulationen

Resultaterne fra de deskriptive analyser samt χ^2 fremgår af tabel 8. Tabellen indeholder fem kolonner, hvor første kolonne viser de udvalgte variable og anden kolonne er inddelingen af disse. Tredje kolonne viser *samlet n (%)*, som illustrerer, hvordan respondenterne fordeler sig på de udvalgte variable, hvorfor det kan karakterisere specialets studiepopulation. Fjerde kolonne er *lav mental sundhed n (%)*, hvor det ses, hvordan ledige med lav mental sundhed

fordeler sig på de udvalgte variable. Den sidste kolonne omhandler *p-værdien* og henviser til den udførte Chi², som tester lav overfor høj mental sundhed.

Tabel 8: Deskriptive tabel over studiepopulationen, som viser fordelingen af de ledige på de udvalgte variable. Endvidere fremgår hvor stor en andel i %, der har lav mental sundhed fordelt på variablene samt en p-værdi som viser, om der er en signifikant forskel mellem variablene i henhold til høj og lav mental sundhed

Variable	Inddeling	Samlet n (%)	Lav mental sundhed n (%)	p-værdi
WHO-5	Lav mental sundhed Høj mental sundhed	39 (56) 31 (44)		
Køn	Mand Kvinde	18 (26) 52 (74)	8 (44) 31 (60)	0,264
Alder	Under 30 år Over 30 år	46 (66) 24 (34)	28 (61) 11 (46)	0,229
Uddannelsesniveau	Kort uddannelse Mellemlang udd Lang uddannelse	19 (27) 23 (33) 28 (40)	9 (47) 16 (70) 14 (50)	0,260
Ledighedsperiode	0-3 måneder 4-6 måneder 7-9 måneder over 10 måneder	33 (47) 11 (15) 13 (19) 13 (19)	14 (42) 7 (64) 9 (69) 9 (69)	0,206
Aktivitetstilbud	Ja Nej	19 (27) 51 (73)	15 (79) 24 (47)	0,017*
LAMB-S: Kollektiv formål	Lav Middel Høj	29 (42) 18 (25) 23 (33)	20 (69) 12 (67) 7 (30)	0,012*
LAMB-S: Social kontakt	Lav Middel Høj	16 (23) 25 (36) 29 (41)	11 (69) 16 (64) 12 (41)	0,122
LAMB-S: Status	Middel Høj	7 (10) 63 (90)	7 (100) 32 (51)	0,013*
LAMB-S: Aktiviteter	Lav Middel Høj	27 (39) 20 (29) 23 (32)	22 (81) 11 (55) 6 (26)	0,0004*
LAMB-S: Tidsstruktur	Lav Middel Høj	9 (13) 31 (44) 30 (43)	7 (78) 24 (77) 8 (27)	0,0001*
LAMB-S: Økonomi	Lav Middel Høj	25 (36) 21 (30) 24 (34)	21 (84) 11 (52) 7 (29)	0,0005*

*Indikerer et signifikant resultat med $p < 0,05$

Jævnfør tabel 8 har cirka halvdelen af specialets studiepopulation lav mental sundhed (56%), mens størstedelen af studiepopulationen er kvinder (74%), under 30 år (66%) og har en lang videregående uddannelse (40%). Det ses desuden, at næsten halvdelen af studiepopulationen har været ledige i 0-3 måneder (47%), hvor de resterende fordeler sig ligeligt på henholdsvis 4-6 måneder (15%), 7-9 måneder (19%) og over 10 måneder (19%). Ydermere har over halvdelen af studiepopulationen ikke været i aktivitetstilbud (73%). For variable i henhold til *LAMB-S* ses det, at der er en nogenlunde ligelig fordeling mellem henholdsvis lav, middel og høj, dog med undtagelse af status, hvor størstedelen (90%) har høj adgang til denne latente fordel, og tidsstruktur hvor få (13%) har lav adgang.

Af tabel 8 fremgår det endvidere, at der ingen signifikant forskel er mellem køn, alder, uddannelse, ledighedsperiode samt social kontakt i henhold til lav og høj mental sundhed. På trods af dette, ses det ud fra procentsatserne i kolonnen *lav mental sundhed*, at over halvdelen af kvinderne, ledige under 30 år samt de med mellemlang uddannelse har lav mental sundhed. Dette gør sig ligeledes gældende for de, hvis ledighedsperiode er 4-6 måneder, 7-9 måneder og over 10 måneder samt de som har lav og middel social kontakt. Derimod findes en statistisk signifikant forskel mellem observerede og forventede værdier for aktivitetstilbud samt grupperne indenfor det kollektive formål, status, aktiviteter, tidsstruktur og økonomi i forhold til lav og høj mental sundhed, hvilket indikerer, at de er associeret med mental sundhed.

Af tabellen fremgår det endvidere, ud fra procentsatserne, at en større procentdel har lav mental sundhed, hvis de har lav og middel adgang, sammenlignet med høj adgang, til de latente og manifesterede fordele. Dette er dog ikke gældende for den latente fordel status, hvor det fremgår at få angiver at have middel adgang til status og 100% af disse angiver at have lav mental sundhed, hvorfor det ikke er muligt at beregne en OR for status, idet der ikke er en gruppe at sammenligne med. På baggrund heraf medtages status ikke i den multivariate analyse.

6.1.2.2 Sammenhængen mellem LAMB-S og mental sundhed

Forinden de multivariate analyser testes der for effektmodifikation, hvor der ikke findes nogen klar tendens, hvorfor der ikke er behov for at stratificere de enkelte resultater på en bestemt subgruppe, se bilag 14. Efterfølgende testes for confounding, hvor det findes, at køn, alder, uddannelse, ledighedsperiode og aktivitetstilbud anses for at være confoundere, se bilag 15, hvorfor der justeres for disse i den multivariate analyse. I tabel 9 fremgår resultaterne fra de multivariate analyser, som illustrerer, om der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem

de latente samt den manifeste fordele og mental sundhed. Der indgår i alt seks modeller, hvor der løbende justeres for de ovenstående confoundere. Endvidere angives OR for både lav og middel adgang i forhold til høj adgang, hvor referencegruppen er høj mental sundhed, hvorfor værdierne angiver OR for at have lav mental sundhed.

Tabel 9: Logistisk regression for sammenhængen mellem de latente samt manifeste fordele og mental sundhed

	Model 1 OR (CI)	Model 2 OR (CI)	Model 3 OR (CI)	Model 4 OR (CI)	Model 5 OR (CI)	Model 6 OR (CI)
Kollektiv formål						
Lav vs Høj	5,08 (1,55-16,63)*	5,25 (1,58-17,48)*	4,98 (1,43-17,32)*	5,04 (1,39-18,30)*	4,47 (1,15-17,44)*	3,88 (0,96-15,75)
Middel vs Høj	4,57 (1,22-17,15)*	4,15 (1,09-15,84)*	3,91 (0,98-15,68)	3,36 (0,81-13,99)	2,88 (0,58,14,25)	2,60 (0,51-13,15)
Social kontakt						
Lav vs Høj	3,12 (0,86-11,32)	4,36 (1,06-17,96)*	5,46 (1,23-24,13)*	5,46 (1,16-25,71)*	3,52 (0,66-18,80)	3,20 (0,59-17,34)
Middel vs Høj	2,52 (0,84-7,58)	2,48 (0,81-7,59)	2,79 (0,88-8,89)	2,80 (0,86-9,17)	2,26 (0,67-7,68)	2,25 (0,66-7,72)
Aktiviteter						
Lav vs Høj	12,47 (3,25-47,85)*	16,92 (3,89-73,72)*	16,06 (3,64-70,75)*	16,34 (3,55-75,12)*	14,00 (2,76-70,92)*	12,67 (2,47-64,98)*
Middel vs Høj	3,46 (0,96-12,47)	3,60 (0,97-13,37)	3,44 (0,92-12,94)	3,46 (0,90-13,37)	2,60 (0,61-11,03)	2,40 (0,56-10,33)
Tidsstruktur						
Lav vs Høj	9,63 (1,64-56,37)*	9,67 (1,65-56,84)*	9,12 (1,49-55,93)*	9,49 (1,48-61,12)*	7,26 (1,06-49,61)*	5,33 (0,71-40,03)
Middel vs Høj	9,43 (2,93-30,31)*	9,62 (2,79-33,19)*	9,34 (2,67-32,69)*	8,73 (2,43-31,34)*	7,26 (1,96-26,98)*	7,58 (1,99-28,86)*
Økonomi						
Lav vs Høj	12,75 (3,19-50,92)*	17,00 (3,78-76,37)*	29,38 (5,33-161,91)*	31,33 (5,20-188,76)*	28,19 (4,07-195,29)*	29,76 (4,13-214,24)*
Middel vs Høj	2,67 (0,78-9,12)	2,89 (0,82-10,23)	3,70 (0,95-14,47)	3,97 (0,99-15,88)	3,36 (0,69-16,23)	3,56 (0,70-18,08)

Model 1: Ujusteret

Model 2: Justeret for køn

Model 3: Justeret for køn og alder

Model 4: Justeret for køn, alder og uddannelse

Model 5: Justeret for køn, alder, uddannelse og ledighedsperiode

Model 6: Justeret for køn, alder, uddannelse, ledighedsperiode og aktivitetstilbud

* indikerer en signifikant sammenhæng

Jævnfør tabel 9 ses der, i model 1, en statistisk signifikant sammenhæng mellem lav adgang til kollektivt formål, aktiviteter, tidsstruktur samt økonomi og mental sundhed. Der findes endvidere en statistisk signifikant sammenhæng mellem middel adgang til kollektivt formål samt tidsstruktur og mental sundhed i den ujusterede model. I de efterfølgende modeller, model 2-5, hvor der løbende justeres for udvalgte confoundere, bliver nogle værdier højere og nogle lavere. Eksempelvis ses det, for variabelen økonomi, at værdien bliver markant højere fra model

2 til 3, når der justeres for alder, hvilket indikerer, at der er en væsentlig forskel i sammenhængen mellem økonomi og lav mental sundhed fordelt på alder.

I den fuldt justerede model, model 6, ses det, at der findes en signifikant sammenhæng for de latente fordele, aktiviteter og tidsstruktur, samt for den manifeste fordel, økonomi og mental sundhed. I henhold til aktiviteter findes der kun en statistisk signifikant sammenhæng mellem lav adgang til aktiviteter og mental sundhed, hvor ledige med lav adgang til aktiviteter sammenlignet med en høj adgang har en OR på 12,67 for at have lav mental sundhed. Hertil ses det, at ledige der angiver at have middel adgang til aktiviteter sammenlignet med en høj adgang har en OR på 2,40 for at have lav mental sundhed, dog er resultatet ikke signifikant. Der er generelt en tendens til, at ledige som angiver at have lav adgang til de latente og manifeste fordele har en større OR for at have lav mental sundhed i forhold til ledige, der angiver at have middel adgang til latente og manifeste fordele, dog med undtagelse af tidsstruktur. For den latente fordel tidsstruktur ses det, at der kun er en statistisk signifikant sammenhæng mellem middel adgang til tidsstruktur og mental sundhed, hvor ledige med middel adgang sammenlignet med en høj adgang har en OR på 7,58 for at have lav mental sundhed. Ledige med lav adgang til tidsstruktur sammenlignet med en høj adgang har en OR på 5,33 for at have lav mental sundhed, resultatet er dog ikke signifikant. Dette resultat strider mod forventningen om, at ledige med lav adgang til de latente fordele har en større risiko for at have lav mental sundhed. Endvidere ses en statistisk signifikant sammenhæng mellem lav adgang til økonomi og mental sundhed, hvor ledige med lav adgang til økonomi sammenlignet med en høj adgang til økonomi har en OR på 29,76 for at have lav mental sundhed. Hvortil det findes, at ledige der angiver at have middel adgang til økonomi sammenlignet med høj adgang har en OR på 3,56 for at have lav mental sundhed, dog er dette resultat ikke signifikant. De resterende resultater omhandlende de latente fordele, kollektivt formål og social kontakt, viser ligeledes en øget risiko for lav mental sundhed for både lav og middel adgang sammenlignet med høj adgang, men da resultaterne ikke er signifikant, er det ikke muligt at forkaste nulhypotesen om ingen sammenhæng. Derimod kan de opstillede nulhypoteser om ingen sammenhæng mellem de latente fordele, aktiviteter og tidsstruktur, samt den manifeste fordel, økonomi og mental sundhed forkastes, hvorfor der er en signifikant sammenhæng mellem aktiviteter, tidsstruktur samt økonomi og mental sundhed blandt ledige. Da en spørgeskemaundersøgelse kendetegnes ved at være et tværsnitsstudie, er det ikke muligt at udtale sig om kausale sammenhænge men kun associationer (Juul *et al.*, 2017), hvorfor det ikke

vides om en lav adgang til de latente og manifeste fordele medfører lav mental sundhed eller omvendt.

6.1.2.3 Spørgeskemaets psykometriske egenskaber

I indeværende speciale undersøges spørgeskemaets reliabilitet ved Cronbach alpha og validitet ved faktoranalyse, hvor syntax og output fremgår af bilag 16. Jævnfør tabel 1 i bilag 17 ses det, at Cronbach alpha for kollektiv formål er 0,91, social kontakt er 0,86, status er 0,90, aktivitet er 0,88, tidsstruktur er 0,74 og økonomi er 0,90. Alle subskalaer i *LAMB-S* har derfor en værdi over 0,70 hvilket indikerer, at der er en høj intern sammenhæng mellem de enkelte items for hver subskala. Den danske oversættelse af *LAMB-S* i indeværende speciale har derfor en høj reliabilitet. Det samme gør sig gældende for *WHO-5*, hvor Cronbach alpha har en værdi på 0,84 hvilket er tegn på en høj korrelation og dermed en høj reliabilitet. Resultaterne for faktoranalyserne, jævnfør tabel 2 i bilag 17, viser, at der for hver subskala i henhold til *LAMB-S* kun er én faktor med en eigenvalue større end 1, hvilket indikerer, at alle items for hver subskala kun undersøger ét underliggende fænomen. Dette identificeres desuden på de tilhørende screeplots, som fremgår i bilag 16. Der laves endvidere en ekstra faktoranalyse for *LAMB-S*, hvor alle subskaler er samlet i én faktoranalyse, hvilket fremgår af tabel 3 i bilag 17. Her identificeres seks faktorer, som har en eigenvalue over 1. Hver faktor belyses af tre items, som repræsenterer hver deres subskala. Denne faktoranalyse indikerer, ligesom de enkeltstående faktoranalyser, at der er en høj validitet i den danske oversættelse af *LAMB-S*, idet den belyser seks underliggende fænomener. I henhold til faktoranalysen for *WHO-5*, tabel 2 i bilag 17, ses det, at der også kun er én faktor, hvorfor denne del af spørgeskemaet også kun undersøger ét underliggende fænomen, hvilket ligeledes fremgår af det tilhørende screeplot, se bilag 16. Specialets danske oversættelse af *LAMB-S* samt *WHO-5* har derfor en høj validitet, hvorved spørgeskemaet undersøger det, som det har til hensigt at undersøge. På baggrund af resultaterne af Cronbach alpha samt faktoranalyserne konkluderes det, at specialets spørgeskema har gode psykometriske egenskaber.

6.2 Metodediskussion

Specialets metodediskussion fremlægger styrker og svagheder i henhold til den teoretiske referenceramme, litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen med henblik på at vurdere den metodiske kvalitet.

6.2.1 Diskussion af den teoretiske referenceramme

I specialet anvendes modellen af Jahoda, som tager udgangspunkt i forskellige psykologiske konsekvenser af ledighed kaldet de latente fordele (Jahoda, 1982) samt modellen af Fryer, hvilket fokuserer på den manifest fordel af ledighed (Fryer, 1998), som den teoretiske referenceramme. Da begge modeller fokuserer på individuelle konsekvenser af ledighed og deraf tager udgangspunkt i individet, er der risiko for, at andre relevante perspektiver på problemstillingen ikke belyses. På baggrund heraf, kunne det have været relevant at inddrage den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead. Modellen har fem niveauer; *generelle socioøkonomiske betingelser, kulturelle og miljømæssige forhold, sociale betingelser som individet lever og arbejder i, det sociale netværk og lokalsamfundet, individets livsstil* samt *individets alder, køn og genetik*, hvori determinanter, der påvirker individets sundhed, fremstilles (Dahlgren and Whitehead, 1991). Idet modellen indeholder flere niveauer, som interagerer med hinanden, anses modellen for at være dynamisk, hvorfor den vil kunne bidrage til et bredere perspektiv på specialets problemstilling. Eksempelvis ville det være muligt at undersøge de krav og forpligtelser ledige møder i forbindelse med dagpengesystemet i dybden og andre elementer som ikke belyses. Modellen af Jahoda kritiseres endvidere for ikke at inddrage individers forskellige reaktioner på samme situation (Bartrum and Creed, 2006). For at imødekomme dette, kunne Antonovskys teori have været inddraget, da denne handler om, hvorvidt mennesker formår at mestre de stressorer, som de udsættes for i livet (Antonovsky, 2000). Ifølge Antonovsky kan dette forstås ud fra oplevelsen af sammenhæng (OAS), hvilket kan opnås når individet oplever begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Inddragelse af denne teori vil dermed kunne bidrage til en forståelse for, hvorfor det ikke er alle ledige, som oplever at have lav mental sundhed. Idet flere studier, fra nyere tid, omhandlende ledige, ligeledes fokuserer på de latente fordele af Jahoda (Paul and Batinic, 2009; Frاسquilho *et al.*, 2016; Zechmann and Paul, 2019; Selenko, Stiglbauer and Batinic, 2020) samt den manifesterede fordel af Fryer (Frاسquilho *et al.*, 2016; Zechmann and Paul, 2019), indikerer dette, at disse er relevante at anvende.

6.2.2 Diskussion af litteraturstudiet

I nedenstående afsnit diskuteres de valgte databaser, den anvendte søgestrategi samt udvælgelsen og vurderingen af de udvalgte studier med henblik på at vurdere den metodiske

kvalitet af litteraturstudiet samt graden af gennemsigtighed, hvorfor reliabiliteten ligeledes vurderes.

6.2.2.1 Udvalgte databaser

I indeværende speciale søges indledningsvis i databaserne, *Pubmed*, *Embase*, *PsycInfo*, *Cinahl*, *Cochrane* samt *Sociological Abstract*. Da det i *Sociological Abstract* kun er muligt at anvende frittekstsøgninger, anvendes limits i søgningen i form af at søge i titel og abstract, hvilket resulterer i, at søgningens genfinding svækkes, hvorimod præcisionen styrkes. Da antallet af hits er lavere, sammenlignet med de andre databaser, erstattes *Sociological Abstract* med *ProQuest*. Denne database indeholder 24 databaser, herunder *Sociological Abstract*, hvorfor en søgning i *ProQuest* bidrager til et større antal hits, samt en bedre genfinding. Specialegruppen er dog blevet bekendt med yderligere én database, *Web of Science*, som ligeledes kunne have været relevant at søge i. Det vurderes som værende en relevant database, da begge reviews, som inkluderes i specialets litteraturstudie, søger heri. Det tyder dog på, at studier fra *Web of Science* også er i andre databaser, da specialets litteratursøgning ligeledes finder frem til studier, som indgår i de to reviews. På baggrund af ovenstående vurderes det, at antallet af databaser er dækkende, da databaserne berører forskellige videnskabelige områder og dermed kan bidrage til et flervidenskabeligt perspektiv, samt at de samme studier fremsøges i flere af databaserne.

6.2.2.2 Søgestrategi

I specialet opstilles søgestrategien som bloksøgning med i alt tre blokke. I den indledende søgning indeholder blok tre synonymer for interventioner, i stedet for sundhedsinterventioner, som anvendes i den endelige systematiske søgning. Ved at søge på brede søgetermer og synonymer kan det øge genfindingen, hvorved det sikres, at relevant litteratur findes dog med risiko for, at der indgår mere støj i søgningen (Buus *et al.*, 2008). I den endelige systematiske søgning, kunne det derfor have været relevant at beholde den brede søgeterm, intervention, for at sikre, at alle relevante studier findes. Det ville dog samtidig øge antallet af irrelevante fund og derfor bidrage til mere støj i søgningen, hvilket resulterer i, at et større antal hits skal gennemgås i udvælgelsesprocessen, hvorfor risikoen for at overse relevante studier, grundet træthed, øges. Det ses endvidere, at søgning på sundhedsinterventioner giver nogle af de

samme relevante studier, som når der søges på det brede søgeterm, interventioner. På baggrund af ovenstående vurderes det relevant at søge på sundhedsinterventioner i blok tre.

Forinden den systematiske søgning, afprøves forskellige søgeord i alle tre blokke med henblik på at finde frem til de mest præcise søgeord og synonymer for hver blok. I flere af studierne, som fremkommer i den systematiske litteratursøgninger, findes det, at begrebet *distress* anvendes, som synonym for mental sundhed. I specialet kunne det derfor have været relevant at anvende dette søgeord for dermed at sikre, at alle relevante synonymer for mental sundhed indgår i specialets søgning. Omvendt ses det, at studier som anvender synonymet *distress*, fremkommer i den systematiske søgning, hvilket indikerer, at synonymet ikke er nødvendigt.

6.2.2.3 Udvalgelse og vurdering af studierne

Udvælgelsesprocessen i specialet foretages hver for sig på baggrund af de opstillede in- og eksklusionskriterier samt på baggrund af den udarbejdede guide. På trods af, at denne guide er med til at sikre, at begge gruppemedlemmer ekskluderer ud fra samme forståelse, kunne det have været en fordel at foretage udvælgelsesprocessen sammen. Ved at foretage udvælgelsen sammen, kunne gruppemedlemmerne have diskuteret eventuelle uenigheder omkring in- og eksklusion af studierne og dermed sikre samme tilgang. Gruppemedlemmerne kunne desuden have valgt at gennemgå en procentdel af de samme studier og dermed finde frem til eventuelle uoverensstemmelser i udvælgelsen. Selvom udvælgelsen foretages hver for sig, ses det, at flere af de samme studier udvælges, hvilket indikerer, at gruppemedlemmerne har haft samme forståelse i henhold til udvælgelsen.

I indeværende speciale opstilles ingen inklusionskriterier omhandlende, at studiepopulationen skal være over 30 år samt have en ledighedsperiode på over 52 uger. Dette gør, at studiepopulationen i de udvalgte studier både er over og under 30 år samt kort- og langtidsledige, hvormed resultaterne ikke direkte kan overføres til *Jobklub*. Det kunne derfor, have været fordelagtigt, at opstille disse kriterier, for at gøre studiepopulationen i de udvalgte studier mere overførbart til den population af ledige, som *Jobklub* er målrettet til. Omvendt vurderes det, at interventioner målrettet ledige under 30 år i lige så stor grad vil kunne bidrage med viden i forhold til, om interventioner har en effekt på den mentale sundhed. Derudover

ville kriteriet have medført, at specialet ikke kunne undersøge, hvorvidt interventioner målrettet ledige under 30 år samt interventioner til korttidsledige ligeledes vil kunne forbedre den mentale sundhed og dermed give et indblik i, om *Jobklub* skal tilbydes andre målgrupper.

Idet inddragelse af systematiske review bidrager med relevant evidens til udviklingsfasen (Craig *et al.*, 2008), inkluderes de to systematiske reviews i stedet for de enkelte studier. Det kunne dog have været relevant at inddrage de enkelte studier i stedet, da den kritiske vurdering derved ville være foretaget af gruppemedlemmerne, i stedet for af forfatterne i reviewet. Det vurderes dog, at den kritiske vurdering, som foretages i de systematiske reviews, er af høj kvalitet, hvorfor gruppemedlemmernes vurdering ikke anses for at være nødvendig. Selvom de to systematiske reviews både inkluderer studier med og uden effekt, medtages kun studier med effekt i specialets modellering, da det formodes, at interventioner som har en effekt i vestlige lande, med større sandsynlighed, vil have en effekt i en dansk kontekst sammenlignet med de interventioner som ikke finder en effekt i vestlige lande.

6.2.3 Diskussion af spørgeskemaundersøgelsen

I følgende afsnit diskuteres specialets spørgeskemaundersøgelse i henhold til de metodemæssige overvejelser vedrørende spørgeskemaets udformning, rekruttering af respondenter samt de statistiske analyser. På baggrund heraf identificeres mulige selektions- og informationsproblemer, idet disse kan behæfte undersøgelsens fund med bias, hvilket svækker undersøgelsens validitet (Juul *et al.*, 2017; Szklo and Nieto, 2018).

6.2.3.1 Udarbejdelse af spørgeskemaet

I specialet er forståelsen af mental sundhed, at den både indeholder en funktionsdimension, omhandlende mestring, og en oplevelsesdimension, som er trivsel. Idet *WHO-5* måler de følelsesmæssige aspekter af mental sundhed (WHO, 1998), er den kun relateret til oplevelsesdimensionen, hvorfor den ikke direkte er i overensstemmelse med specialets forståelse af mental sundhed. Den mentale sundhed kunne i stedet, have været afdækket ved brug af *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) på henholdsvis 14 spørgsmål eller den forkortede version *SWEMWBS* på 7 spørgsmål. Dette spørgeskema afdækker både oplevelses- og funktionsdimensionen af mental sundhed, er valideret samt testet i en dansk kontekst og har gode psykometriske egenskaber (Koushede *et al.*, 2019). Det

vurderes dog, at fordelene ved at anvende *WHO-5* er, at det er nemt at gå til og kun består af fem spørgsmål. Endvidere anvendes spørgeskemaet af flere kommuner på beskæftigelsesområdet som et værktøj til tidlig opsporing af mentale sundhedsproblemer (Sundhedsstyrelsen, 2019).

I udarbejdelsen af specialets spørgeskema oversættes *LAMB-S* til dansk. I forbindelse med en oversættelse anbefales det, at den oversatte version tilbageoversættes til det oprindelige sprog, hvorefter de to versioner af spørgeskemaet sammenlignes, hvormed der udføres en form for kvalitetskontrol (Thorsen, 2005). Der kan dog være visse faldgruber forbundet med en tilbageoversættelse. Eksempelvis vil en god primær oversættelse, som er korrekt overført til det nye sprog ikke nødvendigvis være i overensstemmelse med originalen, når der tilbageoversættes, og tilbageoversættelsen indikerer således, at den primære oversættelse er dårlig (Thorsen, 2005). På baggrund heraf kan det ligeledes være fordelagtigt *ikke* at anvende tilbageoversættelse. Idet der gennem den statistiske validering af spørgeskemaet findes gode psykometriske egenskaber, ud fra test for reliabilitet og begrebsvaliditet, måler spørgeskemaet det, som det har til hensigt at måle, selvom der ikke foretages en tilbageoversættelse.

På trods af at spørgeskemaet viser gode psykometriske egenskaber, kan der opstå udfordringer ved specialets spørgeskemaundersøgelse, da det bygger på selvrapporterede data. Selvrapporterede data giver risiko for informationsproblemer, som skaber usikkerhed omkring resultatet grundet forkert information fra deltagerne (Juul *et al.*, 2017), hvilket eksempelvis kan være i form af recall bias. Recall-bias opstår når tiden kan medføre udfordringer i forhold til at genkalde oplevelser og erfaringer tilknyttet et specifikt tidspunkt (Szklo and Nieto, 2018). Spørgsmål til *WHO-5* har en tidsangivelse på de sidste to uger, men idet specialets spørgeskemaundersøgelse igangsættes 2 uger *efter* corona, ændres tidsangivelsen til at være de sidste to uger *inden* corona. Derved ændres perioden for, hvornår respondenterne skal huske tilbage, fra to til fire uger, hvilket kan have en betydning på de angivne svar og risikoen for recall-bias. Idet corona er en speciel situation, formodes det dog, at hverdagen *før* corona og *efter* corona har været så forskellige, at det er muligt for respondenterne at huske 4 uger tilbage, hvorfor det ikke forventes, at specialets resultater er behæftet med recall bias. Udover recall bias kan der opstå informationsproblemer i form af social desirability bias. Social desirability bias henviser til, at respondenterne angiver egne svar ud fra, hvad vedkommende burde opleve i stedet for, det der faktisk er gældende (Zachariae, 2004). I specialet formodes det, at der er risiko for dette, da ledige, som tidligere nævnt i afsnit 2.5.2.2, kan skamme sig over den

situation, de befinder sig i. Dermed besvarer respondenterne muligvis ikke ærligt i henhold til, hvordan de føler og har det men i stedet ud fra, hvordan de forventer, de burde have det, hvilket kan give anledning til misklassifikation. På den ene side kan det formodes, at alle ledige vil pynte på deres besvarelser i henhold til mental sundhed, hvorved der sker non-differentiel misklassifikation og sammenhængen undervurderes. På den anden side kan det formodes, at ledige med lav mental sundhed, sammenlignet med de med høj mental sundhed, hyppigere pynter på deres besvarelse, hvilket fører til differentieret-misklassifikation. Risikoen for dette formodes dog at være mindsket ved, at scoringen for høj mental sundhed er 68 point i stedet for 50 point, hvorved respondenterne med lav mental sundhed fortsat vil være i gruppen lav mental sundhed, på trods af, at de pynter på resultaterne, hvorfor det formodes, at resultaterne ikke er behæftet med social desirability bias.

6.2.3.2 Rekruttering

Rekrutteringen forløber over flere sociale medier, hvorfor der anvendes elektronisk besvarelse. Ulempen ved dette er, at det ofte er mest hensigtsmæssigt at anvende denne form for besvarelse, når der er let adgang til de personer som ønskes at deltage (Nørregård-Nielsen and Slot, 2008). I specialet kan der ikke anses for at være let adgang til ledige, da det grundet GDPR-reglerne ikke er muligt hverken at få tilsendt mailadresser, telefonnumre eller andre personlige oplysninger, fra eksempelvis jobcentre eller A-kasser, på ledige personer i Danmark. Det er endvidere ikke muligt at supplere med andre rekrutteringsstrategier, da jobcentre og andre relevante steder til rekruttering af ledige, i perioden for rekruttering, er lukket grundet corona-krisen. Forinden corona, havde specialegruppen planlagt, at rekrutteringen skulle forløbe ved, at gruppemedlemmerne skulle tilgå ledige på et jobcenter i en nordjysk kommune. Denne rekrutteringsstrategi kunne have bidraget til, at specialegruppen havde fået adgang til mailadresser, hvorved spørgeskemaet kunne have været sendt direkte til ledige personer. Dette kunne ligeledes have gjort det muligt at udsende påmindelser direkte til respondenterne og deraf muligvis øge antallet af besvarelser.

I forbindelse med rekrutteringen kan der endvidere være opstået selektionsproblemer. Selektionsproblemer omhandler, hvorvidt studiepopulationen er repræsentativ for målpopulationen, hvilket kan medføre selektionsbias, hvis der er en systematisk forskel på de respondenter som indgår i undersøgelsen, og dem som ikke indgår (Juul *et al.*, 2017). I indeværende speciale ses det, at stikprøven er overrepræsenteret af kvinder, ledige under 30 år og ledige som har enten en mellemlang- eller lang videregående uddannelse. At færre mænd

og personer med kortere uddannelse deltager i undersøgelsen er ikke overraskende, da danske rapporter viser, at disse generelt deltager mindre i spørgeskemaundersøgelser (Jensen *et al.*, 2018). Det er dog usædvanligt, at flere unge besvarer spørgeskemaet, da det vides, at de generelt deltager mindre i spørgeskemaundersøgelser (Jensen *et al.*, 2018). Dette kan muligvis forklares ved, at gruppemedlemmerne selv er under 30 år, hvorfor det formodes, at opslaget på de sociale medier i større grad kommer ud til ledige under 30 år. Idet den valgte rekrutteringsstrategi har indflydelse på generaliseringen af resultaterne til den generelle population af ledige, er specialets studiepoptation kun repræsentativ for dele af målpoptationen. Endvidere er rekrutteringsstrategien karakteriseret ved, at ledige selv skal tilmelde sig undersøgelsen, hvorfor det ikke er muligt at vide, om stikprøven repræsenterer resten af den ledige målgruppe. På baggrund heraf kan det ikke undersøges, om der er forskel mellem ledige der deltager i undersøgelsen, og ledige der ikke deltager, hvorfor specialets resultater kun kan udtale sig om interne sammenhænge i selve stikprøven og ikke generaliseres til andre grupper af ledige.

6.2.3.3 Statistiske analyser

Spørgeskemaundersøgelsen indeholder i alt 70 besvarelser og anses for at være et lille datasæt. Da større studiepoptationer sikre statistiske undersøgelser med mindre usikkerhed (Hansen and Nørregård-Nielsen, 2008), kunne det have været fordelagtigt med en større studiepoptation. Selvom der er risiko for, at viden går tabt ved et binært outcome, anvendes logistisk regression i specialet. For at undgå at viden går tabt kunne det have været relevant at anvende ordinal logistisk regression. Fordelen ved en ordinal logistisk regression er, at den medtager niveauerne i outcome og dermed deres rangorden, hvorfor informationerne anvendes bedre (Kleinbaum *et al.*, 2013). En ulempe ved at anvende ordinal logistisk regression er dog, at det ville medføre, at antallet af personer i de forskellige grupper ville være mindre end det nuværende antal, som fremgår af tabel 8, hvorfor anvendelsen af den logistiske regression har været medvirkende til, at antallet af respondenter har været tilstrækkeligt til at belyse en signifikant forskel.

På baggrund af ovenstående metodediskussion er der således både elementer, som styrker og svækker den metodiske kvalitet i specialet. På trods heraf anses det metodiske grundlag for at være af tilstrækkelig høj kvalitet og deraf have en høj validitet. Endvidere er der en detaljeret og fyldestgørende beskrivelse af det metodiske grundlag, hvorfor der er en høj gennemsigtig og rig mulighed for gentagelse hvilket højner reliabiliteten.

6.3 Resultatdiskussion

I dette afsnit sammenholdes og diskuteres resultaterne fra litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen med udgangspunkt i den teoretiske referenceramme. Endvidere diskuteres resultaterne løbende op imod teorier samt fund fra problemanalysen. Afsnittet har til formål at finde frem til, hvilke elementer der skal indgå i modelleringen af forandringsforslaget af *Jobklub*.

6.3.1 Studiepopulationen i spørgeskemaundersøgelsen

I spørgeskemaundersøgelsens resultater fremgår det, at der blandt ledige er flere kvinder (60%) end mænd (44%), som har lav mental sundhed. Dette stemmer overens med andre fund, som finder, at ledige kvinder har større risiko for at have lav mental sundhed sammenlignet med ledige mænd (Hammer, 2000; McKee-Ryan *et al.*, 2005; Milner *et al.*, 2014). Omvendt strider resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen imod andre fund, som viser, at mænd har størst risiko for lav mental sundhed (Artazcoz *et al.*, 2004; Backhans and Hemmingsson, 2012). Idet der er divergerende fund i litteraturen, stemmer spørgeskemaundersøgelsens resultater overens med dele af den eksisterende evidens. I problemanalysen fremgår det, hvordan ledige i forskellige aldersgrupper kan opleve lav mental sundhed, hvilket ligeledes gør sig gældende i henhold til spørgeskemaundersøgelsens resultater. Ud fra spørgeskemaundersøgelsen tyder det på, at flere ledige under 30 år (61%) har lav mental sundhed sammenlignet med ledige over 30 år (46%). I spørgeskemaundersøgelsen findes det, at halvdelen af ledige med kort (47%) og lang uddannelse (50%) har lav mental sundhed. Dette strider imod fund om, at flere ledige med kort uddannelse sammenlignet med høj uddannelse har lav mental sundhed (Jensen *et al.*, 2018) samt at lediges mentale sundhed påvirkes mere, hvis de har et lavere uddannelsesniveau (Hollederer, 2015). Det findes dog samtidig, at ledige med en højere uddannelse har større forventninger til sig selv (Jahoda, 1982), hvilket kan være med til at forklare, hvorfor ledige med høj uddannelse også kan have lav mental sundhed. Endvidere fremgår det af spørgeskemaundersøgelsen, at flere ledige med en ledighedsperiode på over 4 måneder har lav mental sundhed sammenlignet med dem fra 0-3 måneder. Dette stemmer overens med andre studier, som finder, at ledige med en længere ledighedsperiode har lavere mental sundhed end ledige med en kortere ledighedsperiode (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Puig-Barrachina *et al.*, 2011; Fergusson, McLeod and Horwood, 2014). Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen

viser desuden, at 79% af ledige der har været i et aktivitetstilbud, har lav mental sundhed. Dette kan skyldes, at ledige får udbetalt dagpenge under aktivitetstilbuddet, hvorfor de fortsat indgår i dagpengesystemet hvilket, som tidligere beskrevet i afsnit 2.5.1, har en negativ påvirkning på den mentale sundhed.

Det vides, at 28,5% af den danske befolkning angiver at have lav mental sundhed (Jensen *et al.*, 2018), hvortil det i spørgeundersøgelsen ses, at 56% af ledige angiver at have lav mental sundhed. Forskellen i hvor stor en andel der har lav mental sundhed skyldes, at grupperingen af mental sundhed fastsættes til 68 point, idet dette er gennemsnittet i den danske befolkning, i stedet for 50 point, som angiver, at individet ikke umiddelbart er i risiko for lav mental sundhed. Fastsættes grupperingen i stedet ved scoringen 50 ses det, at 27% har lav mental sundhed, se bilag 18, hvilket stemmer overens med procentdelen for den danske befolkning.

6.3.2 Kollektiv formål

Det kollektive formål handler om at have en følelse af at være nyttig og til gavn for samfundet, hvilket opnås gennem arbejde eller fritidsaktiviteter. I analysen af litteraturstudiet fremgår det, at ingen af interventionerne indeholder fritidsaktiviteter eller arbejde, hvorfor de ikke bidrager til et kollektivt formål. I spørgeskemaundersøgelsen findes det, at ledige med lav og middel adgang til det kollektive formål sammenlignet med høj adgang har en OR på henholdsvis 3,88 og 2,60 for at have lav mental sundhed, sammenhængen er dog ikke signifikant. Dette strider imod et andet fund, som viser, at det kollektive formål, opnået gennem fritidsaktiviteter, har en signifikant effekt på den mentale sundhed (Creed and Macintyre, 2001). Forskellen i resultaterne kan skyldes, at der i spørgeskemaundersøgelsen ikke spørges ind til fritidsaktiviteter men kun i henhold til ens værdi i samfundet. Størstedelen af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen angiver at have lav adgang til et kollektivt formål, men det formodes, at flere ledige vil have middel og høj adgang til denne, hvis spørgsmålene ligeledes omhandlede fritidsaktiviteter frem for udelukkende at omhandle samfundet. På baggrund af, at interventionerne i litteraturstudiet ikke indeholder elementer der giver adgang til et kollektivt formål samtidigt med, at der ingen signifikant sammenhæng er i spørgeskemaundersøgelsen, findes det ikke relevant at medtage denne latente fordel i modelleringen.

6.3.3 Social kontakt

Social kontakt kan opnås gennem nære relationer, såsom familie og venner, mens faglig kontakt kan tilgås ved at omgås ligesindede individer blandt andet på arbejdspladsen. Idet alle interventionerne, undtaget én, enten er gruppebaseret eller en kombination af en individuel og gruppebaseret tilgang (Limm *et al.*, 2015; Koopman *et al.*, 2017; Moore *et al.*, 2017), vil deltagerne være sammen med andre ligesindede, hvorfor interventionerne kan bidrage med adgang til social kontakt. I henhold til spørgeskemaundersøgelsen findes der ingen signifikant sammenhæng mellem social kontakt og mental sundhed. Dette fund er overraskende, da sociale relationer ifølge Berkman har stor betydning for den mentale sundhed (Berkman *et al.*, 2000). Ifølge Berkman inddeles det sociale netværk i tre niveauer herunder makro-, mezzo- og mikroniveau som tilsammen influerer på individets sundhed (Berkman *et al.*, 2000). Mezzoniveauet omhandler det sociale netværk, og det vurderes at den sociale kontakt indgår på dette niveau. Mezzoniveauet muliggør de psykosociale mekanismer på mikroniveauet, som eksempelvis er social støtte, hvilket slutteligt påvirker individets velbefindende (Berkman *et al.*, 2000). Det betyder, at det sociale netværk muliggør social støtte, hvilket indvirker på den mentale sundhed. Det understøttes af fund der finder, at social støtte influerer positivt på den mentale sundhed blandt ledige (Creed and Macintyre, 2001), hvor ledige med høj social støtte har højere mental sundhed end ledige uden social støtte (McKee-Ryan *et al.*, 2005). På trods af, at spørgeskemaundersøgelsen ikke finder en signifikant sammenhæng mellem social kontakt og mental sundhed viser ovenstående, at social kontakt alene og gennem social støtte har betydning for den mentale sundhed blandt ledige, hvorfor denne inddrages i modelleringen.

6.3.4 Status

Status omhandler individets position i samfundet samt identitet (Jahoda, 1982). I litteraturstudiet fremgår det, at interventionerne i studierne af Koopman *et al.* og Moore *et al.* indeholder elementer som kan give ledige adgang til status (Koopman *et al.*, 2017; Moore *et al.*, 2017), da de bidrager til at give ledige redskaber til at styrke deres identitet. Det har dog ikke været muligt gennem spørgeskemaundersøgelsen at lave en logistisk regression i henhold til status, hvorfor det ikke vides, om der er en sammenhæng mellem status og mental sundhed i en dansk kontekst. Derimod ses det i tabel 8 afsnit 6.1.2.1, at de fleste ledige har høj adgang til status, hvilket kan skyldes, at der i spørgeskemaundersøgelsen spørges ind til vennekreds. Hvis der i spørgeskemaet i stedet blev spurgt til positionen i samfundet, kunne det have

medført, at færre ledige ville have angivet høj adgang til status, da det forventes, at individets position i samfundet afhænger af ens arbejde, fordi normen i samfundet er, at man skal være i arbejde. På trods af, at specialets resultater viser, at ledige i en dansk kontekst har høj adgang til status, findes det, at interventionerne i litteraturstudiet bidrager til status, hvorfor det vurderes relevant at inddrage status i modelleringen af *Jobklub* for dermed at sikre, at ledige vil opnå status.

6.3.5 Aktivitet

Aktivitet omhandler, at individet har behov for planlægning og regulære aktiviteter at stå op til, hvilket indvirker positivt på den mentale sundhed (Jahoda, 1982). Det fremgår i resultaterne af litteraturstudiet, at interventionerne anses for at være aktiviteter i sig selv, hvorfor disse kan forbedre den mentale sundhed blandt ledige (Limm *et al.*, 2015; Koopman *et al.*, 2017; Moore *et al.*, 2017). Ud fra spørgeskemaundersøgelsen findes det, at lav og middel adgang til aktivitet sammenlignet med høj adgang har en OR på henholdsvis 12,67 og 2,40 for at have lav mental sundhed, dog kun signifikant for lav adgang. Litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen peger på at aktivitet, idet denne skaber mulighed for planlægning og noget at stå op til, har betydning for den mentale sundhed blandt ledige. Da inddragelsen af aktivitet, i form af selve interventionen, indvirker positiv på den mentale sundhed blandt ledige, medtages denne i modelleringen.

6.3.6 Tidsstruktur

Tidsstruktur opnås, som tidligere beskrevet, gennem rutiner, organisering af tid og aktiviteter. Ud fra litteraturstudiet fremgår det, at alle interventionerne indeholder elementer, som kan relateres til tidsstruktur. Dette fordi alle interventionerne i sig selv er aktiviteter, som dermed bidrager til, at der kommer tidsstruktur og planlægning i løbet af dagen. Idet interventionerne har en effekt på den mentale sundhed og de indeholder elementer af tidsstruktur, vil tidsstruktur ligeledes have en effekt på den mentale sundhed. Hertil findes det, ud fra specialets spørgeskemaundersøgelse, at lav og middel adgang til tidsstruktur sammenlignet med høj adgang har en OR på henholdsvis 5,33 og 7,58 for lav mental sundhed, dog kun signifikant for middel adgang. At der ikke findes et signifikant resultat for lav adgang sammenholdt med høj adgang er dog overraskende. Dette fordi det findes, at der er en signifikant association mellem tidsstruktur og mental sundhed, hvor individer, som oplever tidsstruktur, i større grad oplever

at have en høj mental sundhed (McKee-Ryan *et al.*, 2005). Specialets resultater kan muligvis forklares ud fra, at det i den deskriptive tabel, tabel 8, fremgår, at få personer har lav adgang til tidsstruktur, hvorved resultaterne bygger på en lille stikprøvestørrelse. Den lille stikprøvestørrelse medvirker til, at der er stor usikkerhed forbundet med resultatet, hvilket kommer til udtryk ved, at der ikke er en signifikant sammenhæng, selvom OR er større end 1. På baggrund af, at interventionerne i litteraturstudiet giver adgang til tidsstruktur samtidigt med, at der findes en signifikant sammenhæng i spørgeskemaundersøgelsen, medtages denne latente fordel i modelleringen.

6.3.7 Økonomi

Det fremgår af litteraturstudiet, at ingen af interventionerne beskæftiger sig med den manifeste fordel, økonomi. I henhold til resultaterne fra specialets spørgeskemaundersøgelse ses det, at der er en signifikant association mellem økonomi og mental sundhed, hvor der ved lav adgang til økonomi sammenlignet med høj adgang er en OR på 29,76 for at have lav mental sundhed, hvorimod en middel adgang sammenlignet med en høj adgang har en OR på 3,56. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen understøttes af, at flere studier finder, at ledige er i risiko for at opleve lav mental sundhed grundet økonomiske vanskeligheder (Janlert and Hammarström, 2009; Reneflot and Evensen, 2014). Selvom det virker til at økonomi har betydning for den mentale sundhed, så beskæftiger ingen af interventionerne sig med økonomi, hvorfor det ikke vides, hvorledes økonomi kan inddrages i en intervention, således ledige kan få adgang til den manifeste fordel. Endvidere er det ikke muligt at ændre i ydelserne, som ledige er berettiget til at få, da dette bestemmes politisk, hvorfor økonomi ikke tages med videre til modelleringen.

6.3.8 Interventionernes målgruppe og varighed

Ud fra litteraturstudiet fremgår det, at interventioner både kan tilbydes kort- og langtidsledige, da interventioner med begge målgrupper har en effekt på den mentale sundhed. På baggrund heraf medtages dette i specialets modellering, da *Jobklub* aktuelt kun tilbydes langtidsledige. Endvidere findes det, at interventioner med fordel kan tilbydes ledige der har lav mental sundhed ved baseline (Moore *et al.*, 2017), eftersom interventionerne er mest effektive for denne gruppe af ledige. Overvejelser om, hvorvidt deltagere til *Jobklub* skal udvælges på baggrund af deres niveau af mental sundhed inddrages derfor i modelleringen. Selvom det findes, at interventionerne er effektive for alle aldersgrupper af ledige (Moore *et al.*, 2017), er

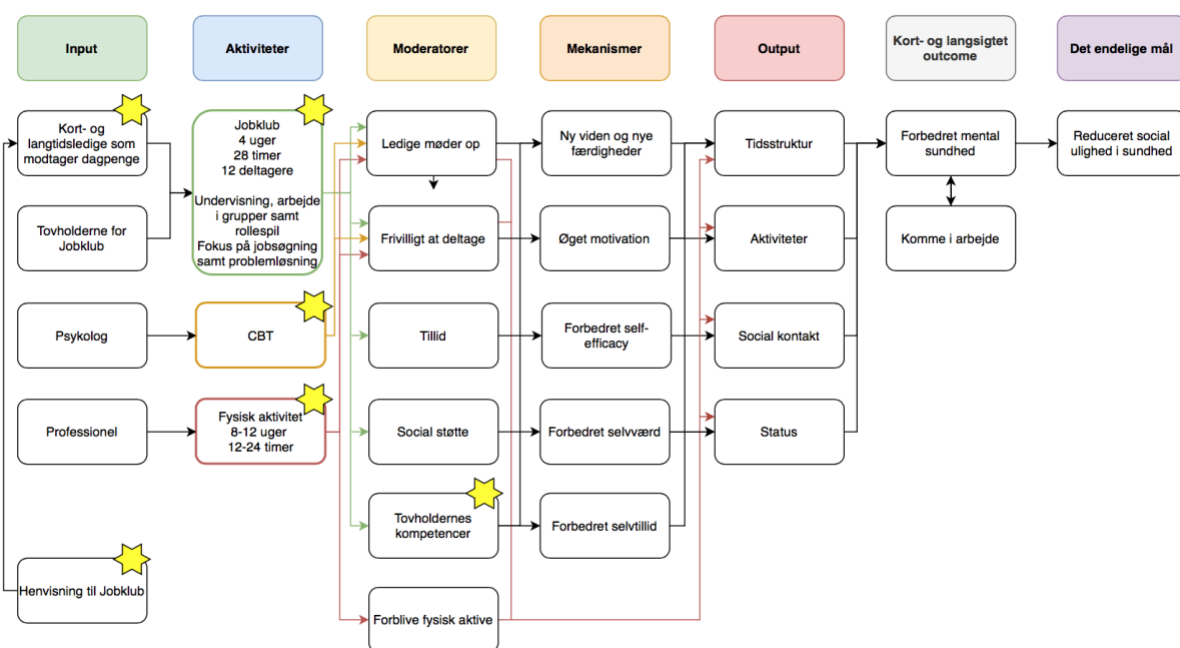
det ikke muligt at forandre *Jobklub* så ledige under 30 år kan deltage, da de ikke befinder sig i jobhuset, hvorfor dette ikke inddrages i modelleringen.

Det fremgår desuden i resultaterne af litteraturstudiet, at interventionerne vil have en effekt på den mentale sundhed uanset varigheden af denne. Det findes, at de kan vare fra 1 time til 280 timer. Det findes dog overraskende at en intervention på én time, fordelt på to uger, kan have en effekt på den mentale sundhed (Koopman *et al.*, 2017). Dette kan muligvis forklares ved, at den ene time skal give ledige redskaber til at kunne lave hjemmearbejde, hvorfor interventionens varighed kan anses for at være længere end den angivne time. Endvidere vides det, at interventionerne kan have en varighed mellem tre dage og 12 uger, hvorfor det ikke findes relevant at ændre på varigheden af *Jobklub*, idet den forløber over fire uger, og dermed er placeret mellem de to yderpoler, hvorfor varighed ikke inddrages i modelleringen.

På baggrund af ovenstående medtages de latente fordele, social kontakt, status, aktivitet og tidsstruktur samt overvejelser om målgruppen i modelleringen. For at vide hvordan adgang til de latente fordele, social kontakt, status, aktivitet og tidsstruktur, kan opnås gennem deltagelse i *Jobklub*, findes det relevant at udfolde interventionernes indhold med henblik på at forandre *Jobklub*, så det har samme indhold som disse. Det forventes derfor, at *Jobklub*, hvis det indeholder det samme som interventionerne, vil medvirke til, at deltagerne af *Jobklub* kan få adgang til de latente fordele, social kontakt, status, aktivitet og tidsstruktur.

6.4 Modellering af forandringsforslaget

Ud fra de enkelte studier i de to reviews og studiet af Limm *et al.* fra litteraturstudiet udarbejdes et forandringsforslag af *Jobklub*. Selve tilbuddet opstilles i en programteori, hvilket, som tidligere nævnt, indeholder input, aktiviteter, moderatorer, mekanismer, output, kort- og langsigtede outcome samt det endelige mål. Programteorien illustrerer således, hvordan *Jobklub* forventes at virke. De seks udarbejdede forandringsforslag markeres med en stjerne i programteorien, se figur 8.



Figur 8: Specialets programteori, hvor de seks forandringsforslag markeres med stjerne

Jævnfør programteorien, figur 8, er forandringsforslagene følgende: 1) Deltagerne i *Jobklub*, 2) Henvisning til *Jobklub*, 3) Inddragelse af problemløsning, 4) Inddragelse af CBT, 5) Inddragelse af fysisk aktivitet og 6) Tovholderens kompetencer. Forandringsforslag 1 omhandler ændringer i forhold til input, forslag 2 ligger forud for input, forslag 3, 4 og 5 er i henhold til aktiviteter og forslag 6 omhandler moderatorer i programteorien. Nedenstående afsnit indeholder en argumentation for disse forandringsforslag samt en præsentation af mekanismer, output, kort- og langsigtede mål samt det endelige mål for *Jobklub*.

6.4.1 Input

Gennem litteraturstudiet findes det, at interventioner har en effekt på den mentale sundhed blandt ledige uanset, om den tilbydes kort- eller langtidsledige. På baggrund heraf findes det relevant at forandre *Jobklub* således, at det både tilbydes kort- og langtidsledige dagpengemodtagere, da det aktuelt kun tilbydes langtidsledige. Dette kan dog betyde, at flere henvises til *Jobklub*, hvilket kan være problematisk grundet begrænsede ressourcer. Det anbefales derfor, at der i forbindelse med henvisningen til *Jobklub* anvendes et screeningsværktøj, da det formodes at medvirke til, at antallet af henvisninger til *Jobklub* ikke vil stige. Endvidere viser flere studier, at ledige med lavere mental sundhed fra start vil have større effekt af at deltage i interventioner (Price, Van Ryn and Vinokur, 1992; Vinokur, Price and Schul, 1995; Creed, Machin and Hicks, 1999; Vuori *et al.*, 2002; Kreuzfeld *et al.*, 2013).

Ved at anvende et screeningsværktøj kan det sikres, at ledige med størst behov samt effekt af at deltage i *Jobklub* får mulighed for dette, uanset om de er kort- eller langtidsledige. Det vurderes, at *WHO-5* kan anvendes som screeningsværktøj, da denne er et valideret screeningsredskab (Topp *et al.*, 2015), som kan afdække niveauet af mental sundhed (WHO, 1998) samtidigt med, at det allerede benyttes indenfor beskæftigelsesområdet (Sundhedsstyrelsen, 2019). *WHO-5* kan udleveres af rådgiverne forud for præsentation af *Jobklub* for at sikre, at *Jobklub* tilbydes ledige, som har størst behov samt effekt af at deltage.

6.4.2 Aktiviteter

Interventioner til ledige fokuserer på jobsøgningsfærdigheder, hvilket kan forbedres ved, at ledige får kendskab til egne kvalifikationer, kan benytte sine sociale netværk og kontakte potentielle arbejdsgivere (Caplan *et al.*, 1989; Vuori *et al.*, 2002) samt lære at skrive jobansøgninger og CV (Caplan *et al.*, 1989; Vinokur, Price and Schul, 1995; Vuori *et al.*, 2002; Vuori and Silvonen, 2005). Idet *Jobklub* allerede fokuserer på jobsøgning, kompetencer, præsentationstalen samt gør brug af det sociale netværk, udarbejdes der ikke et forandringsforslag hertil. Interventionerne fokuserer endvidere på problemløsning, i henhold til, hvordan ledige kan håndtere eventuelle *setbacks* samt de forhindringer der måtte opstå (Vinokur and Schul, 1997; Vinokur *et al.*, 2000; Vuori *et al.*, 2002; Vuori and Silvonen, 2005; Reynolds, Barry and Gabhainn, 2010). Det engelske ord *setbacks* anvendes i indeværende speciale, da det ikke direkte kan oversættes til et dansk begreb uden at miste betydning. *Setbacks* anses for at være udfordringer, der afbryder igangværende processer, hvilket kan medføre, at de ledige går nogle skridt tilbage i processen. Problemløsning er eksempelvis, at de ledige skal forestille sig situationer, hvor der kan opstå *setbacks*, for dernæst at generere alternative metoder til at kunne overkomme disse, hvorved de til sidst vil udvikle en færdighed i at mestre disse (Caplan *et al.*, 1989; Vinokur and Schul, 1997; Vinokur *et al.*, 2000; Vuori *et al.*, 2002; Vuori and Silvonen, 2005; Reynolds, Barry and Gabhainn, 2010). Da interventionerne, som forbedrer den mentale sundhed, både inddrager træning i jobsøgning samt problemløsning, vurderes det relevant, at *Jobklub* skal forandres, så det ligeledes inddrager begge dele.

Det findes, at CBT har en effekt på den mentale sundhed (Proudfoot *et al.*, 1997; Creed, Machin and Hicks, 1999; Della-Posta and Drummond, 2006), hvor CBT blandt andet kan omhandle identificering af automatiske (Proudfoot *et al.*, 1997; Creed, Machin and Hicks, 1999) og

negative tanker for at få teknikker til at opnå positiv tænkning (Creed, Machin and Hicks, 1999; Harris *et al.*, 2002). På baggrund heraf vurderes det, at *Jobklub* skal forandres, så det ligeledes indeholder elementer af CBT. Elementer af CBT skal dog varetages af psykologer (Creed, Machin and Hicks, 1999; Harris *et al.*, 2002), hvorfor det ikke vil være muligt for tovholderne af *Jobklub* at varetage dette. CBT-interventionerne kan forløbe fra tre dage til syv uger samt variere mellem 8-21 timer (Proudfoot *et al.*, 1997; Creed, Machin and Hicks, 1999; Della-Posta and Drummond, 2006). Idet *Jobklub* varer i fire uger, vurderes det, at psykologerne, som varetager CBT-elementerne, skal forsøge at give de ledige deltagere redskaber til, at kunne arbejde med CBT-elementerne hjemmefra. Idet det vides, at psykologer på én time fordelt på to uger, kan give ledige redskaber til at lave hjemmeopgaver, som forbedrer den mentale sundhed (Dambrun and Dubuy, 2014), forventes det, at det er muligt at inddrage CBT i *Jobklub* ved at tilbyde én undervisningsgang af 3,5 time eller gennem en individuel samtale med en psykolog.

Idet fysisk aktivitet har en positiv effekt på den mentale sundhed (Harris *et al.*, 2002; Kreuzfeld *et al.*, 2013; Limm *et al.*, 2015), vurderes det, at *Jobklub* skal forandres således, at det ligeledes indeholder fysisk aktivitet. Den fysiske aktivitet skal være mellem 12 timer fordelt på 12 uger (Limm *et al.*, 2015) og 24 timer fordelt på 8 uger (Kreuzfeld *et al.*, 2013), for at have en effekt på den mentale sundhed (Kreuzfeld *et al.*, 2013; Limm *et al.*, 2015). Idet *Jobklub* forløber over fire uger, kan den fysiske aktivitet kun have samme varighed, hvorfor det kræver, at deltagerne forbliver fysisk aktive efter *Jobklub* er afsluttet. Det vurderes, at den fysiske aktivitet skal inddrages som et supplement til *Jobklub*, hvor det anbefales, at deltagerne mødes én gang ugentlig og er fysisk aktive, hvorfor *Jobklub* kommer til at være tre ugentlige mødedage i stedet for to. Det anbefales, at den fysiske aktivitet varetages af en professionel (Kreuzfeld *et al.*, 2013) og samtidig gør brug af lokalområdets faciliteter, eksempelvis offentlige parker, til afholdelse af den fysiske aktivitet (Limm *et al.*, 2015). På baggrund heraf skal *Jobklub* kun bruge økonomiske ressourcer på at inddrage den professionelle.

6.4.3 Moderatorer

Der identificeres seks mulige moderatorer, som forventes at antænde mekanismer der fører til de ønskede effekter, som er det kort- og langsigtede outcome samt det endelige mål. Moderatorerne er; *frivilligt at deltage, ledige møder op, tillid, social støtte, tovholderens kompetencer og forblive fysisk aktiv.*

Tovholderne af *Jobklub* giver udtryk for, at det er vigtigt for effekten af tilbuddet, at deltagerne ikke opfordres til at takke ja til tilbuddet af rådgivere, men deltager af egen fri vilje (Tovholderne, 2020), hvorfor *frivilligt at deltage*, anses for at være en moderator. Idet *Jobklub* ikke er et aktivitetstilbud, som ledige er forpligtet til at deltage i, men derimod et frivilligt tilbud, sikres det, at moderatoren, *frivilligt at deltage*, er til stede. Denne moderator forventes at påvirke alle de opstillede mekanismer, hvorfor der i programteorien er pile til alle mekanismerne. Den vigtigste moderator er, *ledige møder op*, fordi deltagerne skal møde op i *Jobklub* for at mekanismerne kan antændes. Det er derfor ikke sikkert at tilstedeværelsen af de fem moderatører, *frivilligt at deltage*, *tillid*, *social støtte*, *tovholdernes kompetencer* og *forblive fysisk aktiv*, nødvendigvis vil antænde mekanismerne, og dermed fører til de ønskede effekter, da dette afhænger af moderatoren, *ledige møder op*. Forinden der fokuseres på selve indholdet i interventionen, skal der opbygges tillid mellem trænerne og deltagerne samt deltagerne imellem (Caplan *et al.*, 1989). Endvidere skal der løbende udvises social støtte, da dette også har en indvirkning på de ønskede effekter (Caplan *et al.*, 1989). På baggrund heraf, antages *tillid* og *social støtte* ligeledes for at være selvstændige moderatører. Tillid til tovholderne kan eksempelvis opbygges, ved at de giver udtryk for, at de forstår de lediges problemer med jobsøgning (Vuori and Vinokur, 2005) samt giver udtryk for at de forventer at deltagelse i *Jobklub* vil forbedre deres chance for at finde et arbejde (Caplan *et al.*, 1989; Vuori and Vinokur, 2005). Tovholderne skal desuden forsøge at opbygge tillid og social støtte deltagerne imellem. Dette kan eksempelvis gøres ved at sikre, at alle kan deltage i gruppediskussionerne samt sikre, at deltagerne lytter til hinanden (Vuori and Vinokur, 2005). Tovholderne skal dermed fremstå som eksperter, være positive og hjælpsomme (Vinokur, Price and Schul, 1995; Vinokur and Schul, 1997; Vuori *et al.*, 2002). På baggrund af at tovholderne skal opbygge tillid og social støtte, være positive og hjælpsomme samt fremstå som eksperter, antages *tovholdernes kompetencer* ligeledes for at være en moderator for, at *Jobklub* opnår det ønskede mål. Selvom tovholderne har mange års erfaring med beskæftigelsesområdet og dermed besidder ovenstående kompetencer, kan det fortsat være relevant at udvikle og forbedre deres kompetencer. Dette fordi det findes, at tovholdere af andre interventioner deltager i kurser (Vinokur, Price and Schul, 1995). Forandringen af *Jobklub* bliver dermed, at der skal afsættes ressourcer til, at tovholderne kan deltage i relevante kurser og dermed efteruddannes i det, som de føler, de mangler kompetencer indenfor. Den sidste moderator *forblive fysisk aktiv* indgår, da de ledige deltagere skal forblive fysisk aktive efter *Jobklub* er afsluttet for at kunne opnå målet om forbedret mental sundhed.

6.4.4 Mekanismer

Jævnfør programteorien identificeres fem mulige mekanismer, hvilke er *ny viden og nye færdigheder*, *øget motivation* samt *forbedret selvværd*, *selvtillid* og *self-efficacy*.

Interventioner målrettet ledige kan bidrage til ny viden og nye færdigheder (Caplan *et al.*, 1989), øget motivation (Caplan *et al.*, 1989; Vuori *et al.*, 2002) samt forbedret selvværd (Vinokur and Schul, 1997), selvtillid (Vinokur and Schul, 1997; Reynolds, Barry and Gabhainn, 2010) og jobrelateret self-efficacy (Vinokur and Schul, 1997; Vuori *et al.*, 2002; Vuori and Silvonen, 2005; Reynolds, Barry and Gabhainn, 2010). Da indholdet i *Jobklub* forandres til at indeholde det samme som de ovenstående interventioner, antages det, at *Jobklub* bidrager til samme mekanismer, som studierne redegør for. Mekanismen, *ny viden og færdigheder*, forekommer, da ledige lærer nye teknikker og får viden, som de ikke har haft før. De nye teknikker til jobsøgning antages at kunne øge motivationen for jobsøgning, hvorfor *øget motivation* anses for at være en mekanisme. Idet *Jobklub* fokuserer på, at deltagerne skal have succesoplevelser og lære at håndtere problemer og *setbacks*, forventes det, at *Jobklub* kan bidrage med mekanismerne *selvværd*, *selvtillid* samt *self-efficacy*. CBT-interventionerne kan medføre bedre håndtering af tanker, hvorfor det forventes, at disse ligeledes kan medføre ovenstående mekanismer.

6.4.5 Output, kort- og langsigtet outcome samt det endelige mål

Idet det fremanalyseres, at alle interventionerne i litteraturstudiet kan bidrage til adgang til de latente fordele; tidsstruktur, aktiviteter, social kontakt og status, vil disse latente fordele være programteoriens output.

Det kortsigtede outcome er, at ledige forbedrer deres mentale sundhed, mens det langsigtede outcome er, at ledige kommer i arbejde. Det findes, at en forbedring i den mentale sundhed øger chancen for at komme i arbejde (Wanberg, 2012; Wagenaar *et al.*, 2015) og det at komme i arbejde forbedre den mentale sundhed (McKee-Ryan *et al.*, 2005; Paul and Moser, 2009; Rueda *et al.*, 2012). På baggrund heraf er der pile mellem det kort- og langsigtede outcome, da forbedret mental sundhed kan medføre, at flere ledige kommer i arbejde, hvilket kan medføre en yderlig forbedring i den mentale sundhed.

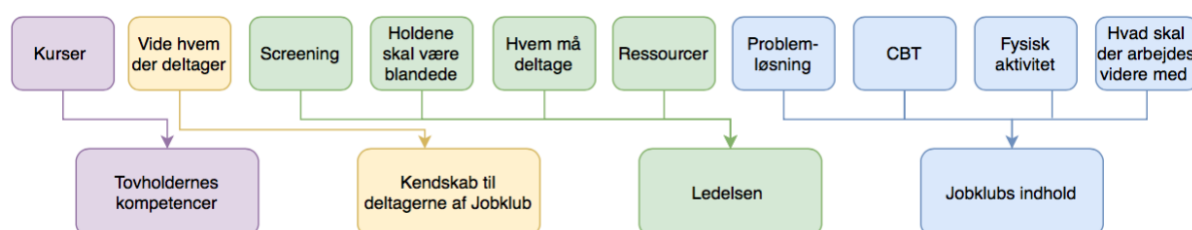
Den sociale ulighed i sundhed skyldes, at flere ledige end beskæftigede har lav mental sundhed (Jensen *et al.*, 2018). Ud fra ovenstående vurderes det at *Jobklub* kan forbedre den mentale sundhed blandt ledige samt øge chancen for at de kommer i arbejde, hvilket ydermere påvirker den mentale sundhed positivt. *Jobklub* formodes endvidere at kunne bidrage til, at den sociale ulighed i sundhed reduceres, idet ledige som deltager får bedre mental sundhed samt øger sandsynligheden for at komme i arbejde, hvorved forskellen i mental sundhed blandt ledige og beskæftigede mindskes. Det endelige mål med *Jobklub* er derfor at reducere den sociale ulighed i sundhed.

7. Implementering af forandringsforslag

Følgende afsnit omhandler den sidste fase i MRC-modellen om implementering, hvor muligheden for implementering af forandringsforslagene undersøges gennem et interview med tovholderne af *Jobklub*. Resultaterne og analysen af interviewet fremstilles nedenfor. Derefter er der en diskussion af de metodiske overvejelser i forbindelse med interviewet samt en diskussion af resultaterne af interviewet. Slutteligt vil udfordringer for forandring belyses ud fra relevant implementeringsteori samt organisationsteori med henblik på at revidere forandringsforslagene så det vil være muligt at implementere disse i *Jobklub*.

7.1 Resultater og analyse

Interviewet skal besvare forskningsspørgsmål 3, som omhandler barrierer og facilitatorer i forbindelse med en eventuel implementering. Gennem den hermeneutiske analysestrategi fremfindes 42 meningsværende enheder, som struktureres i 10 kategorier, hvor operationaliseringen ikke ændrer på antallet af kategorier, se bilag 19. De 10 kategorier tolkes til at omhandle fire temaer, som illustreret i figur 9.



Figur 9: Kodetræ for interview, hvor der findes fire temaer

De fire temaer influerer på hinanden, idet ledelsen har indflydelse på, hvilke kurser tovholderne kan deltage i og dermed tovholdernes kompetencer, som har betydning for, om de kan få kendskab til deltagerne. Kendskabet til deltagerne har indflydelse på, hvilket indhold der kan inddrages i *Jobklub*. Under temaerne indgår citater fra interviewet, hvor T1 er den ene tovholder og T2 er den anden.

7.1.1 Ledelsen

Jobcentret opgør jævnligt, hvor mange ledige der er tilknyttet jobhuset. Idet der var mange ledige, som havde været ledige i 52 uger samt, at der ikke findes et bestemt tilbud til disse, da *Jobklub* blev udviklet, blev det bestemt, at deltagerne af *Jobklub* skulle være individer, som har været ledige over 52 uger. Tovholderne udtrykker at målgruppen derfor kan ændres til eksempelvis at være korttidsledige fra 3-6 måneder, hvis det opgøres, at jobcentret har tilknyttet mange ledige med denne ledighedsperiode. Tovholderne anerkender fordelene i, at *Jobklub* tilbydes både kort- og langtidsledige, men giver udtryk for, at det er ledelsen, som bestemmer, hvem der skal deltage i tilbuddet. I henhold til anvendelsen af screeningsværktøjet *WHO-5*, som henvisning til *Jobklub*, ser tovholderne muligheder i dette, da de giver udtryk for, at henvisningen kan blive mere systematisk og at screeningsværktøjer kan være en hjælp til rådgiverne: “ *Så længe det er kort... Jeg tror det ville være en hjælp til rådgiverne*” (T1). På trods af at tovholderne er positive overfor at inddrage et screeningsværktøj, er det ledelsen som skal afgøre, hvorvidt det skal anvendes, da det er ledelsen som bestemmer hvem *Jobklub* skal tilbydes til.

I de 14 dage som *Jobklub* forløber, inden det afbrydes grundet corona, opfanger tovholderne, at ledige med mange ressourcer løfter deltagere med færre ressourcer. Endvidere har deltagerne de samme udfordringer og står i den samme situation, hvilket bidrager positivt til sammenholdet. Tovholderne giver hertil udtryk for, at det vil være en fordel, at holdene er blandede:

“ *... nyuddannede ledige vil have et gå-på-mod som eksempelvis vil smitte af på de der har været ledige i mere end to år.*” (T1)

“ *Jeg synes altid det er en god ide, at man blander holdene... man får mest ud af det, hvis man ikke er ligesom de andre, om det så er ledighedsperiode eller andet, så lærer man noget af hinanden, og man lærer mere, hvis man er forskellig fra hinanden.*” (T2)

Tovholderne udtrykker derfor en holdning om, at blandede hold, i forhold til at blande kort- og langtidsledige med henholdsvis lav og høj mental sundhed, er en god løsning, da det vil medvirke til, at deltagerne af *Jobklub* kan løfte og lære af hinanden. De udtrykker desuden, at ledelsen er åbne over for inputs og støtter tovholderne i deres valg, hvorfor der er mulighed for, at tovholderne kan få indflydelse på, hvem der skal deltage i *Jobklub* samt, hvordan disse skal henvises, hvormed det vil være muligt for tovholderne at sikre, at holdene blandes.

Endvidere giver tovholderne udtryk for, at de har ledelsens opbakning og har mulighed for at forandre *Jobklub*, så de eksempelvis kan deltage i kurser:

“Det tror jeg på, hvis vi har en god ide, og vi har fundet ud af, hvad vi mangler, hvilket kursus vi kan tage, og hvor det skal tages henne, så tror jeg på, at det kan lade sig gøre. De (ledelsen) vil jo gerne, at vi er gode alle sammen og gør vores bedste. Så det tror jeg, at der er mulighed for” (T2)

På baggrund af ovenstående vurderes det, at ledelsen både kan være en barriere og en facilitator for dele af forandringsforslaget. Dette fordi de bestemmer, hvem der skal deltage i *Jobklub*, om holdene skal være blandede samt om der skal screenes. Endvidere råder de over ressourcerne og dermed, om det økonomisk vil være muligt at implementere forslagene. Ledelsen kan anses for at være en facilitator på flere måder, eksempelvis hvis de stiller ressourcer til rådighed, hvis de er positive overfor forandringsforslagene, selvom de ikke har ressourcerne eller, hvis de giver udtryk for et ønske om at søge ressourcer med tiden. Samtidigt kan ledelsen anses for at være en barriere, hvis de yder modstand mod forandringsforslagene.

7.1.2 Tovholdernes kompetencer

Tovholderne viser en stor interesse i forandringsforslaget, *tovholdernes kompetencer*. De udtaler, at de er interesserede i at deltage i kurser med henblik på at blive mere opmærksomme på, hvilke kompetencer de besidder og dermed, hvilke nye kompetencer de gerne vil besidde:

“... jeg synes det er fint, at man er opmærksom på, at vi skal udvikle os lidt og have noget undervisning... det sætter tanker i gang i hvert fald, og det kan godt være vi skal efteruddannes på en eller anden måde” (T1)

“Vi kan nok nogle ting, men vi kan stadig blive bedre og mere opmærksomme på nogle ting, og hvad vi sætter i gang. Så måske vi skal have noget ekstra uddannelse” (T2)

Af citaterne fremgår det, hvorledes de ønsker at udvikle sig, men samtidig giver de udtryk for, at de har brug for at have flere hold igennem, før de ved, hvilke kurser der kunne være relevante at deltage i: *“Det kommer hen ad vejen, hvad vi har brug for” (T1)*. På trods af dette giver de udtryk for, at de på nuværende tidspunkt kunne være interesserede i at deltage i kurser omhandlende grafisk facilitering, projektledelse, voksen pædagogik, formidling og CBT. Den ene tovholder udtrykker dog en bekymring i forhold til at deltage i kurser: *“Problemet er, at det (kurserne) skal planlægges lang tid i forvejen, fordi vi er kalender-styret meget langt tid frem” (T2)*. På baggrund heraf vurderes det, at kalenderstyringen kan være en barriere for muligheden for at deltage i kurser, hvorfor det kan være relevant, at tovholderne ændre på deres kalenderstyring, hvis muligt, for at skabe bedre mulighed for at deltage i kurser og dermed kunne udvikle deres kompetencer. Endvidere analyseres det, at tovholderne er åbne overfor at deltage i kurser, hvilket kan være en facilitator for, at forandringsforslaget omhandlende tovholdernes kompetencer kan implementeres.

7.1.3 Kendskab til deltagerne af *Jobklub*

Som nævnt, i afsnit 7.1.1, udviser tovholderne interesse for *WHO-5* som screeningsværktøj, men idet ledelsen bestemmer, hvilken målgruppe af ledige der skal tilbydes *Jobklub*, har de ingen indflydelse på, hvorvidt det kan indgå som screeningsværktøj. Tovholderne foreslår derfor, at målgruppen fortsat skal vælges på baggrund af ledighed og at *WHO-5* kan anvendes som værktøj til at få kendskab til deltagerne af *Jobklub*:

“Det kunne være et supplement... man kunne udvælge deltagerne på ledighed og efterfølgende screene deres mentale sundhed... det er ikke nødvendigt, at rådgiverne skal sortere nogle til og fra, men vi kan bruge det (WHO-5) til at se, hvem vi har med at gøre og hvor vi er henne” (T2).

Af citatet fremgår det, hvorledes tovholderne ser det som en fordel at kende deltagernes mentale sundhed. Hertil udtrykker de endvidere, at kendskabet til deltagerne har indflydelse på, hvilket indhold der kan inddrages i *Jobklub*:

”Vi bliver nødt til at vide, hvem vi har med at gøre, før vi kan vide, hvad der kan lade sig gøre. Så jeg synes det (indholdet) skal være åbent i forhold til, hvad der kan lade sig gøre ud fra holdets sammensætning” (T1).

På baggrund af ovenstående citat har deltagerne derfor indflydelse på, hvad der er muligt at inddrage i *Jobklub*, hvorfor deltagerne både kan anses for at være en barriere og en facilitator. Kendskabet til deltagerne kan derfor være en fordel for tovholderne, så de bedre kan tilrettelægge forløbet og planlægge indholdet.

Tovholderne nævner endvidere at *WHO-5* kan udfyldes i starten og slutningen af deltagelsen i *Jobklub* for dermed at evaluere på, om *Jobklub*, har den ønskede effekt på den mentale sundhed. *WHO-5* kan anvendes som et evalueringsværktøj, da det vides, at *WHO-5* har høj klinimetrisk validitet, hvorfor den kan bruges som et outcomemål for effekten af interventioner (Topp *et al.*, 2015). Hvis *WHO-5* udfyldes ved start og slut af en indsats, fortolkes effekten af indsatsen ved, at en forøgelse eller forringelse på 10 point anses for at være en signifikant forskel, hvilket betyder, at forskellen i trivsel er så stor, at den kan tilskrives selve interventionen (Sundhedsstyrelsen, 2017b). På baggrund heraf er det muligt at indføre det som effektmål for *Jobklub*, hvorfor det som tovholderne efterspørger, er en mulighed.

I henhold til forandringsforslaget om at inddrage *WHO-5*, som et screeningsværktøj kan en barriere være ledelsen, da de vælger målgruppen af *Jobklub* og dermed om *WHO-5* kan anvendes. Tovholderne giver samtidig udtryk for, at *WHO-5* måske ikke skal anvendes til at til- eller fravælge hvilke ledige, der skal deltage, hvilket ligeledes kan anses for at være en barriere for at implementere forandringsforslaget. Tovholderne ser dog en mulighed i at anvende *WHO-5* som et værktøj til at få kendskab til deltagerne samt et evalueringsværktøj til at se, om deltagerne forbedrer deres mentale sundhed.

7.1.4 *Jobklubs* indhold

Tovholderne varetager og bestemmer indholdet i *Jobklub* uden indblanding fra ledelsen. Forud for udviklingen af *Jobklub* har tovholderne besøgt andre jobklubber, for at få indblik i, hvordan de gør tingene. Tovholderne giver udtryk for, at alle forandringsforslagene, relateret til ændringer i indholdet har potentiale, men at det er et spørgsmål om, hvor meget af forslagene der skal implementeres. Hertil udtaler de:

“Det er svært at udelukke nogle ting, det handler mere om, hvor meget af forandringsforslagene vi bruger ... der er nogle forslag, der giver mening, som vi godt kan bruge, og så er der andre, som er okay, som lige kræver nogle overvejelser... også om de overhovedet skal med ” (T1)

Tovholderne reflekterer løbende i interviewet, hvorfor de kommer med rettelser, tilføjelser, tanker og måder til, hvordan forandringsforslagene kan tilpasses *Jobklub*, så der er større sandsynlighed for, at forslagene kan implementeres. Dette kommer til udtryk i nedenstående, hvor de tre forandringsforslag; inddragelse af problemløsning, CBT samt fysisk aktivitet udfoldes.

Den ene tovholder spørger interesseret ind til forslaget om *inddragelse af problemløsning* i henhold til, hvorledes dette kan udføres i praksis: *“Jeg synes det (problemløsning) er en fin ide, jeg tænkte bare lige, da jeg læste det, hvordan skal det foregå”* (T1). Idet evidensen på området ikke indeholder konkrete vejledninger til, hvordan det udføres, igangsætter intervieweren tovholderens refleksioner og tanker i forhold til, hvad de selv tænker problemløsning kan omhandle samt hvorledes det kan udføres i praksis. Hertil mener den ene tovholder, at problemløsning kan være en del af undervisningen, hvor der i gruppearbejdet lægges op til dialog i henhold til at identificere de barrierer deltagerne eventuelt oplever. Herved kommer tovholderne ikke med løsningsforslag, hvorfor deltagerne selv skal finde frem til disse. Tovholderne giver endvidere udtryk for, at de allerede har emner, som beskæftiger sig med problemløsning, da de har fokus på faktorer, der kan være forhindringer for jobsøgning. Det tyder derfor på, at der ingen barrierer vil være i henhold til at implementere dette forandringsforslag.

Til forandringsforslaget, inddragelse af CBT, er tovholderne mere påpasselige, da det foreslås, at denne undervisning skal varetages af en psykolog, fordi de begge har det indtryk, at inddragelse af en psykolog medvirker til, at ledige vil være skeptiske i forhold til at deltage: *“... hvorfor skal der være en psykolog, jeg er jo bare ledige”* (T2). Idet tovholderne giver udtryk for, at inddragelsen af en psykolog kan virke afskrækkende for deltagerne, kan dette være en barriere for deltagelse og dermed en barriere for implementeringen af forandringsforslaget. Samtidig kræver inddragelsen af en psykolog økonomiske ressourcer, hvorfor tovholderne foreslår, at de selv kan deltage på et kursus ved en psykolog for at få redskaber til, at kunne

varetage CBT. Tovholderne har delte meninger omkring, hvorvidt CBT skal afholdes som undervisning eller hjemmearbejde. Fordelen ved at lave det som undervisning er, at deltagerne har fri, når de har fri: *“mange af deltagerne har været på arbejde i flere år og er vant til at have fri når man har fri”* (T2). En fordel ved hjemmearbejde er, at deltagerne får ejerskab: *“Jeg synes det kan give dem noget ejerskab... de skal tænke over noget til næste gang... det synes jeg skaber noget positivitet, tænkning og ejerskab”* (T1). Tovholderne har således delte meninger i henhold til, hvordan inddragelsen af CBT praktisk skal gøres, hvorfor dette skal tilrettelægges forinden en implementering.

I henhold til forandringsforslaget om inddragelse af fysisk aktivitet fortæller tovholderne, at der kan sidde én, der eksempelvis lige er opereret i ryggen og derfor ikke kan deltage i hård fysisk aktivitet. De udtrykker, at den fysiske aktivitet skal udfoldes på en måde, så alle deltagerne kan være med. Det vurderes derfor, at deltagerne af *Jobklub* kan være en barriere for, hvilken type fysisk aktivitet der foretages samt, hvad der kan lade sig gøre. Tovholderne udtaler, at den fysiske aktivitet eksempelvis kan være at tage i svømmehallen, *walk and talk* eller anvende udendørs faciliteter:

“... walk and talk kan være en måde at være aktiv på... når vi er færdige med gruppearbejde, så kan de snakke i små grupper om hvad de synes... Langs havnen er der også nogle maskiner, der kan bruges” (T1)

I forbindelse med at den fysiske aktivitet kan foregå udenfor, foreslår tovholderne, at det skal varetages af én de kender, da personen har stor erfaring med dette: *“personen bruger naturen til at blive rask igen... komme ud og gøre nogle ting alle kan være med til”* (T2). Selvom tovholderne virker begejstrede for at inddrage en person, som de allerede kender, til at varetage den fysiske aktivitet er det nødvendigt at inddrage ledelsen i henhold til, om det er ressourcemæssigt muligt. En facilitator for at inkludere fysisk aktivitet er ifølge tovholderne, at det kan være med til at bidrage til et sammenhold. Endvidere udtrykker tovholderne, at den fysiske aktivitet skal kunne inddrages i større eller mindre grad og der skal være flere muligheder for at være fysisk aktiv for at sikre, at der er noget fysisk aktivitet alle kan deltage i. Derudover skal den fysiske aktivitet anses for at være ét ekstra tilbud ved siden af *Jobklub*, hvilket betyder, at deltagerne ikke behøver at deltage i den fysiske aktivitet, selvom de deltager i *Jobklub*. Hvis fysisk aktivitet inddrages, medfører det, at *Jobklub* forandres til at have tre mødedage frem for to, dog kun gældende for deltagerne som tilvælger fysisk aktivitet. Det, at

de skal møde én ekstra gang om ugen, anser tovholderne ikke som en barriere for deltagelse i *Jobklub*. De udtaler dog, at indholdet blot skal præsenteres fra start, da det medfører, at de ledige vil være mere åbne overfor det. Tovholderne giver dog udtryk for, at en barriere kan være, at deltagerne ikke har lyst til at være fysisk aktive, hvormed ressourcerne der bruges på dette, vil være spildt. Deltagernes holdning anses derfor for at være en barriere for forandringsforslaget, men samtidigt kan de anses for at være en mulig facilitator, hvis deltagerne udtrykker et ønske om at deltage i den fysiske aktivitet.

Resultaterne fra interviewet viser således, at tovholderne finder det muligt at inddrage elementer fra alle seks forandringsforslag dog i større eller mindre grad. Endvidere giver de udtryk for, at der er forskellige barrierer og facilitatorer ved de enkelte forandringsforslag, hvilket inddrages i resultatdiskussionen med henblik på at finde frem til, hvordan der skal arbejdes videre med forandringsforslagene i udarbejdelsen af det endelige forandringsforslag.

7.2 Metodediskussion

I følgende afsnit diskuteres de metodemæssige overvejelser i forhold til specialets interview med henblik på at vurdere, om disse påvirker kvaliteten af interviewet.

7.2.1 Interview samt interviewguide

Interviews er fordelagtige til at opnå viden og forståelse for menneskers erfaring og formodninger (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012), hvorfor der foretages et interview med tovholderne af *Jobklub*. Dette for at få deres synspunkt på de udarbejdede forandringsforslag og derigennem opnå viden om mulige barrierer og facilitatorer for implementering af disse forslag. Interviewet udføres som et semistruktureret interview, hvor der opstilles prædefinerede spørgsmål dog med mulighed for at lade interviewpersonen fortælle (Tangaard and Brinkmann, 2015). Idet der ikke spørges ind til alle prædefinerede spørgsmål, kunne specialet i stedet have anvendt en mere åben tilgang. Anvendelse af en mere åben tilgang giver mulighed for at tale mere frit, hvilket kan bidrage til en mere personlig beretning (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012), hvormed flere personlige holdninger og erfaringer vil kunne udfoldes. På baggrund heraf kunne interviewguiden være opbygget uden en særlig struktur og der kunne stilles flere udforskende spørgsmål, undervejs i interviewet, når informanten havde noget at fortælle (Tangaard and Brinkmann, 2015). Det løst strukturerede interview er dog vanskeligt at praktisere og kræver meget træning (Tangaard and Brinkmann,

2015), hvilket intervieweren ikke har. Idet specialet skal anvende informationer fra interviewet til at foretage rettelser af forandringsforslaget, findes det nødvendigt at strukturere interviewet og deraf interviewguiden ud fra de udarbejdede forandringsforslag for at skabe en ramme for interviewet, hvorfor den semistrukturerede tilgang anses for at være relevant. Specialets interviewguide indeholder derfor fastlagte spørgsmål, men er samtidig åben overfor nye emner, som informanterne må bringe op. På baggrund heraf mindskes gennemsigtigheden i specialet, idet opfølgende spørgsmål og emner, som tages op undervejs i interviewet, ikke fremgår af interviewguiden. Inden interviewet bør interviewguiden pilottestes, da eventuelle fejl og mangler kan opdages og dermed rettes (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012). I specialet pilottestes der dog ikke, hvilket kan svække gyldigheden af interviewet, da en person lignende tovholderne kunne bidrage med kritikpunkter samt mulige forslag til ændringer i interviewguiden, og dermed medvirke til at øge kvaliteten af interviewet.

7.2.2 Udførelsen af interviewet

Interviewet afholdes digitalt ved brug af microsoft teams, da det grundet corona er umuligt med et fysisk møde. For at kunne fokusere på den sociale interaktion som forekommer under interviewet (Tangaard and Brinkmann, 2015), ville det have været ønskværdigt at foretage interviewet ved et fysisk møde og deraf afholde det face to face. Idet tovholderne giver tilladelse til, at gruppemedlemmerne må optage både lyd og billede, er det fortsat muligt at fokusere på den sociale interaktion, hvorfor det ikke vurderes at have en betydning for kvaliteten af interviewet. Endvidere er en fordel, ved at anvende microsoft team, at det er muligt at gense optagelsen af interviewet, hvilket kan medvirke til, at intervieweren kan forbedre sin interviewteknik og opnå læring til næste gang, hvilket er fordelagtigt, da intervieweren har begrænset erfaring med at afholde interviews. Manglende erfaring kan ligeledes medføre, at intervieweren ikke faciliterer refleksion hos informanterne i tilstrækkelig grad grundet manglende kompetencer (Kvale and Brinkmann, 2015). Idet der har været en suppleant med til interviewet, som stillede supplerende samt opfølgende spørgsmål undervejs, forventes det at have bidraget til øget refleksion hos tovholderne og mere nuancerede besvarelser, hvorfor den manglende erfaring ikke anses for at have haft en betydning for kvaliteten af interviewet.

7.2.3 Udvalgelse af informanter

Til interviewet rekrutteres de to tovholdere af *Jobklub* for at høre deres meninger omkring en eventuel implementering af de udarbejdede forandringsforslag. Foruden tovholderne kunne det

have være relevant at inddrage informanter fra ledelsen, idet tovholderne ikke kan beslutte, om alle forandringsforslagene skal indføres, fordi nogle kræver ledelsens accept. Samtidig er det ledelsen der skal beslutte om der kan afsættes yderligere ressourcer til *Jobklub*, eksempelvis i form af kurser og inddragelse af professionelle. På baggrund heraf kunne inddragelsen af ledelsen, have bidraget med andre synspunkter på de udarbejdede forandringsforslag, hvorfor de vil bidrage med yderlig viden om barrierer og facilitatorer i henhold til implementeringen af forandringsforslagene. Det kunne desuden have været relevant at rekruttere deltagere af *Jobklub* med henblik på at høre deres meninger og holdninger til forandringsforslagene, da de forventes at have viden om, hvad de synes fungerer godt, og hvad de eventuelt synes der mangler i *Jobklub*. Da første hold afbrydes af corona-krisen, og deltagerne dermed ikke har kendskab til hele indholdet i *Jobklub*, kan der kun opnås viden om den periode de har deltaget i, hvorfor de ikke har mulighed for at ytre sig om mangler i *Jobklub*. Det kunne derfor have været lige så relevant at inddrage ledige, som ikke har deltaget i *Jobklub* med henblik på at høre deres meninger og holdninger om eksempelvis inddragelse af CBT og fysisk aktivitet. Derudover ville det være muligt at finde frem til, om ledige deler samme opfattelse som tovholderne i henhold til inddragelsen af en psykolog til at varetage CBT. Et interview med ledige kunne med fordel afholdes som et fokusgruppeinterview, da det bidrager til flere synspunkter samt viden om deltagernes interaktion og dermed den sociale adfærd (Halkier, 2016).

7.2.4 Transskribering og analysestrategi

Transskriberingen foretages af ét gruppemedlem ud fra en transskriptionsnøgle, hvorfor det kunne have været en fordel at lave en reliabilitetskontrol af transskriberingen. Dette betyder, at gruppemedlemmerne uafhængigt af hinanden lytter til samme passage af interviewet og transskribere dette, for at der derefter laves en liste med ord, der adskiller sig i de to transskriberinger (Kvale and Brinkmann, 2015). Denne form for kontrol er dog ikke udført i specialet, men gruppemedlemmet som ikke transskriberede har i stedet lyttet til optagelsen og samtidig læst transskriberingen med henblik på at finde frem til, om disse stemmer overens. Idet gennemlæsningen kun har bidraget til små ændringer i transskriberingen, formodes det ikke, at den manglende reliabilitetskontrol har indvirket på kvaliteten af interviewet. Det transskriberede materiale analyseres ved brug af den hermeneutiske analysestrategi af Dahlager og Fredslund, hvor trinene i denne strategi præsenteres i bilag 19 med henblik på at øge transparensen i specialet.

7.3 Resultatdiskussion

I nedenstående afsnit diskuteres og sammensættes specialets resultater fra interviewet med de udarbejdede forandringsforslag med henblik på at vurdere muligheden for implementering af disse.

7.3.1 Målgruppen for *Jobklub*

Tovholderne giver udtryk for, at de er tilhængere af forandringsforslaget omhandlende, at *Jobklub* skal tilbydes kort- og langtidsledige men, at det er ledelse, der bestemmer, hvilken målgruppe af ledige, som skal tilbydes *Jobklub*. Samtidigt er det ledelsen som beslutter, hvorvidt *WHO-5* skal anvendes som et screeningsværktøj, til henvisningen af deltagere, som ligeledes fremgår som et forandringsforslag. Fordelen ved at anvende screeningsværktøjet *WHO-5* er, at det kan anvendes til at finde frem til, hvem af de ledige som har lav mental sundhed og dermed, hvem der vil have størst gavn af at deltage i *Jobklub*. Hertil giver tovholderne udtryk for, at de anser blandede hold som værende en fordel, idet deltagerne dermed kan hjælpe hinanden, hvorfor det ikke længere anbefales, at *Jobklub* kun tilbydes ledige med lav mental sundhed. Screeningen kan dermed anvendes til at sikre, at holdene består af ledige med høj og lav mental sundhed. En ulempe ved screening er dog, at det generelt medfører risiko for sygeliggørelse (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014), hvorfor anvendelsen af *WHO-5* eller andre screeningsværktøjer kan medføre en negativ utilsigtet konsekvens i form af sygeliggørelse. På trods heraf, kan der fortsat være behov for at anvende et screeningsværktøj, idet der er ressourcemæssige begrænsninger på 12 deltagere pr. hold. De ressourcemæssige begrænsninger ville dog kunne imødekommes ved enten at udvide antallet af deltagere pr. hold eller uddanne flere tovholdere, således der kan være flere hold i gang på samme tid. Hvis det antages, at der ikke ændres på disse parametre, er der således fortsat behov for at definere målgruppen af ledige der skal tilbydes *Jobklub*, hvorfor de to forandringsforslag henvisning til *Jobklub* og deltagerne i *Jobklub* forandres til ét forandringsforslag, definition af målgruppen. Idet læring gennem det daglige arbejde skal inddrages for at sikre en vellykket forandring (Jacobsen and Thorsvik, 2014), vurderes det relevant, at det ikke kun er ledelsen, som definerer målgruppen der skal tilbydes *Jobklub* men at dette udarbejdes i fællesskab med tovholderne. Den udarbejdede definition og kriterierne for deltagelse skal efterfølgende gives til rådgiverne for, at de kan henvise den ønskede målgruppe af ledige.

Gennem interviewet giver tovholderne endvidere udtryk for, at *WHO-5* kan anvendes til at få kendskab til deltagerne i *Jobklub* og til at måle, om *Jobklub* har den ønskede effekt på den mentale sundhed blandt deltagerne. Tovholderne giver udtryk for, at fordelene ved at få kendskab til deltagerne er, at indholdet i *Jobklub* kan tilpasses deltagerne. Det vurderes dog, at det ikke er muligt at ændre store dele af *Jobklub* ud fra kendskabet til deltagerne, idet *Jobklub* fortsat skal indeholde elementer, som litteraturen viser har effekt på den mentale sundhed. Tovholderne udtrykker endvidere, hvorledes de ser en fordel i at anvende *WHO-5* som et start- og slutmål, da det giver mulighed for at evaluere effekten af *Jobklub*. Kendskabet til deltagerne samt anvendelse af *WHO-5* til måling af effekt indgår således kun som redskaber til tovholderne, hvorfor de ikke opstilles som forandringsforslag.

7.3.2 *Jobklubs* indhold

Af specialets forandringsforslag omhandler tre forslag selve indholdet i *Jobklub*, hvori det anbefales at inddrage problemløsning, CBT samt fysisk aktivitet. Det anbefales at inddrage problemløsning, da interventioner som inddrager problemløsning i kombination med jobtræning, har en effekt på den mentale sundhed (Caplan *et al.*, 1989; Vinokur and Schul, 1997; Vinokur *et al.*, 2000; Vuori *et al.*, 2002; Vuori and Silvonen, 2005; Reynolds, Barry and Gabhainn, 2010). Resultaterne fra interviewet viser, at tovholderne anser dette forandringsforslag som en god ide og, at de er interesseret i, hvordan det konkret skal udføres. Hertil findes det, at der kan fokuseres på problemløsning ved, at de ledige forestiller sig situationer, hvor der kan opstå *setbacks*, dernæst skal de generere metoder for at overkomme dette, hvorved de til sidst opnår en færdighed i at mestre disse *setbacks* (Caplan *et al.*, 1989; Vinokur and Schul, 1997; Vinokur *et al.*, 2000; Vuori *et al.*, 2002; Vuori and Silvonen, 2005; Reynolds, Barry and Gabhainn, 2010). Af interviewet fremgår det ligeledes, hvordan *Jobklub* allerede beskæftiger sig med forhindringer ved jobsøgning, hvorfor *Jobklub* anses for at inddrage få elementer af problemløsning. Det anbefales derfor, at tovholderne optimerer samt har større fokus på problemløsning, hvorfor dette forslag indgår i det endelige forandringsforslag. Det vurderes, at problemløsning skal indgå som et emne i *Jobklub* ved, at tovholderne eksempelvis inddrager øvelser, hvor deltagerne skal fokusere på, hvilke forhindringer de kan møde i forbindelse med jobsøgning. Disse forhindringer kan eksempelvis være i forhold til formidling af deres kompetencer eller problemer med at finde relevante jobopslag. Tovholdernes rolle er at sikre, at deltagerne overvejer, hvad de vil gøre for at løse

denne forhindring, hvorved det formodes, at deltagerne opnår færdigheder inden for dette og dermed forbedre deres muligheder for at overkomme disse *setbacks*.

Forandringsforslaget, inddragelsen af CBT, er udarbejdet, da det findes, at CBT-interventioner har en effekt på den mentale sundhed (Proudfoot *et al.*, 1997; Creed, Machin and Hicks, 1999; Della-Posta and Drummond, 2006). Samtidig anbefales det, at elementerne af CBT varetages af psykologer (Creed, Machin and Hicks, 1999; Harris *et al.*, 2002). I interviewet giver tovholderne udtryk for, at inddragelse af en psykolog kan være problematisk, da det kan virke afskrækkende for de ledige deltagere, hvorfor de foreslår, at de selv kan varetage CBT, hvis de får de rette redskaber. Idet specialegruppen kun kender til effektive interventioner, hvor CBT varetages af psykologer, vides det ikke hvorledes CBT skal inddrages, hvis tovholderne skal varetage det, hvorfor der er et udviklingspotentiale i at finde frem til, hvorledes det kan struktureres og udføres under tovholderens varetagelse. Det vides, at inddragelse af CBT ofte inddrager hjemmearbejde (Dambrun and Dubuy, 2014), hvilket tovholderne dog har delte meninger omkring, hvorfor det ligeledes er væsentligt at undersøge, hvilken tilgang der skal anbefales. På baggrund heraf indgår CBT i det endelige forandringsforslag, men det ændres til, at det er tovholderne, der skal stå for det i stedet for en psykolog.

Forandringsforslaget, inddragelse af fysisk aktivitet, anbefales, da fysisk aktivitet har en effekt på den mentale sundhed (Harris *et al.*, 2002; Kreuzfeld *et al.*, 2013; Limm *et al.*, 2015). Tovholderne er positive overfor dette, idet de mener, at fysisk aktivitet kan bidrage til et sammenhold i gruppen som deltager i *Jobklub*. Endvidere giver tovholderne udtryk for, at der kan være barrierer i henhold til implementeringen heraf, da der kan være stor forskel på deltagerne i *Jobklub*. De mener derfor, at inddragelsen af den fysiske aktivitet, skal kunne tilpasses deltagerne og derfor udformes således, at alle har mulighed for at være med. På baggrund heraf er det væsentlig at overveje, hvordan det praktisk skal tilrettelægges, hvorfor det af specialets forandringsforslag fremgår, at det skal varetages af en professionel. Det vurderes, at den professionelle skal have et fagligt kendskab til de udfordringer deltagerne kan have, da der kan være forskel i hvilken type fysisk aktivitet de hver især kan være med til. På trods af at tovholderne giver udtryk for, at de allerede kender en, som kan varetage dette, kan det eksempelvis også varetages af en fysioterapeut eller en som har studeret idræt, idet disse har faglige kompetencer til at kunne vurdere, hvad de enkelte deltagere kan deltage i. Endvidere kan det overvejes, om det skal være en fysioterapeut- eller idrætsstuderende, som varetager forløbet frivilligt, da det medfører, at ledelsen ikke skal afsætte ressourcer til dette, hvilket

anses for at være en fordel for implementeringen heraf. På baggrund heraf medtages fysisk aktivitet i det endelige forandringsforslag, dog fortsat som ét ekstra tilbud ved siden af *Jobklub*, hvilket betyder, at deltagerne ikke behøver deltage i den fysiske aktivitet, selvom de deltager i *Jobklub*.

7.3.3 Tovholderne kompetencer

Idet tovholderne for *Jobklub* står for at levere det meste af indholdet er der ligeledes udarbejdet et forandringsforslag omhandlede deres kompetencer. Dette fordi det vides, at andre effektive interventioner målrettet ledige inddrager facilitatorer som, forinden de varetager interventionen, deltager i forskellige former for træning (Caplan *et al.*, 1989; Vinokur, Price and Schul, 1995). Tovholderne har en stor interesse i dette forandringsforslag, hvor de udtaler, at de kunne være interesserede i at deltage i kurser med henblik på at blive mere opmærksomme på, hvilke kompetencer de besidder og dermed, hvilke nye kompetencer de gerne vil besidde. De giver dog udtryk for, at det er svært at vide, hvilke kompetencer de mangler, før de har mere erfaring med *Jobklub*. På trods af dette vil forandringsforslaget fortsat være, at der skal være fokus på tovholderne kompetencer, hvorfor det indgår i det endelige forandringsforslag.

7.4 Udfordring ved forandring samt brug af ressourcer

Selvom tovholderne i interviewet giver udtryk for, at forandringsforslagene er en god ide, kan der være udfordringer i forbindelse med forandringen af *Jobklub*. Dette kan eksempelvis være at der stilles for få ressourcer til rådighed, hvorfor det ikke er muligt at lave forandringen (Jacobsen and Thorsvik, 2014). For at sikre at der skabes et overblik over, hvilke ressourcer der er behov for i forbindelse med forandringen, anvendes modellen af Issel. I denne redegøres for, at planlægningen af en implementering skal indeholde en organisationsplan og en serviceforbrugsplan, hvilket tilsammen skaber et overblik over de ressourcer, som skal bruges til at organisere en intervention (Issel, 2014). Organisationsplanen består både af inputs, som henviser til ressourcer, og outputs, hvilket er resultatet af inputtet. Input i organisationsplanen er blandt andet økonomiske og menneskelige ressourcer, hvilket omhandler, om der afsættes nok midler hertil og at de, der skal varetage opgaven, har viden og kompetencer til dette (Issel, 2014). Der er behov for, at der afsættes flere ressourcer, da forandringsforslagene kræver, at tovholderne, den professionelle og rådgiverne skal have viden og kompetencer til at varetage deres opgaver, hvilket eksempelvis kan tilgås gennem kurser. Derudover skal de fysiske ressourcer klarlægges, hvilket eksempelvis kan være i form af lokaler samt materialer, som

deltagerne skal anvende. Idet der udarbejdes et nyt forandringsforslag omhandlende, at målgruppen som henvises, skal defineres, er det væsentligt at overveje, om lokalet som *Jobklub* afholdes i har kapacitet til, at der muligvis henvises flere. Idet forandringsforslagene medfører flere udgifter bliver et output, at ledelsen skal afdække, hvor meget dette drejer sig om, og dermed udarbejde et budget for *Jobklub*. Samtidig medfører forandringsforslagene, at indholdet i *Jobklub* ændres, hvorfor et output er, at der skal udarbejdes en protokol og guideline herfor. *Jobklub* har allerede udarbejdet en drejebog, som kan inddrages i protokollen og de guidelines som udarbejdes, dog med ændringer og tilføjelser i henhold til hvilke emner der fokuseres på ved hver mødegang.

Dernæst skal serviceforbrugsplanen udarbejdes, hvilket er en konkret plan for forbruget af ydelser, leveringen af selve interventionen og dertil forventede outputs (Issel, 2014). Hertil er det blandt andet vigtigt at finde frem til, hvem tilbuddet er tilrettelagt for, da der ikke er ubegrænsede pladser. Dette vurderes som værende relevant for at få et overblik over forbruget af ydelserne. På baggrund heraf er et input også overvejelser om, hvordan en eventuel venteliste kan udformes og håndteres. Slutteligt er et input selve leveringen af tilbuddet, som følger den udviklede drejebog. Output tilhørende serviceforbrugsplanen er derfor tilrettelæggelse af tovholderne og andre inddragede medarbejderes tidplan samt, hvorledes tilbuddet organiseres i henhold til fire uger to eller tre gange ugentligt. Den udarbejdede organisation- samt serviceforbrugsplan bidrager til at forandringsforslagene klargøres til implementering.

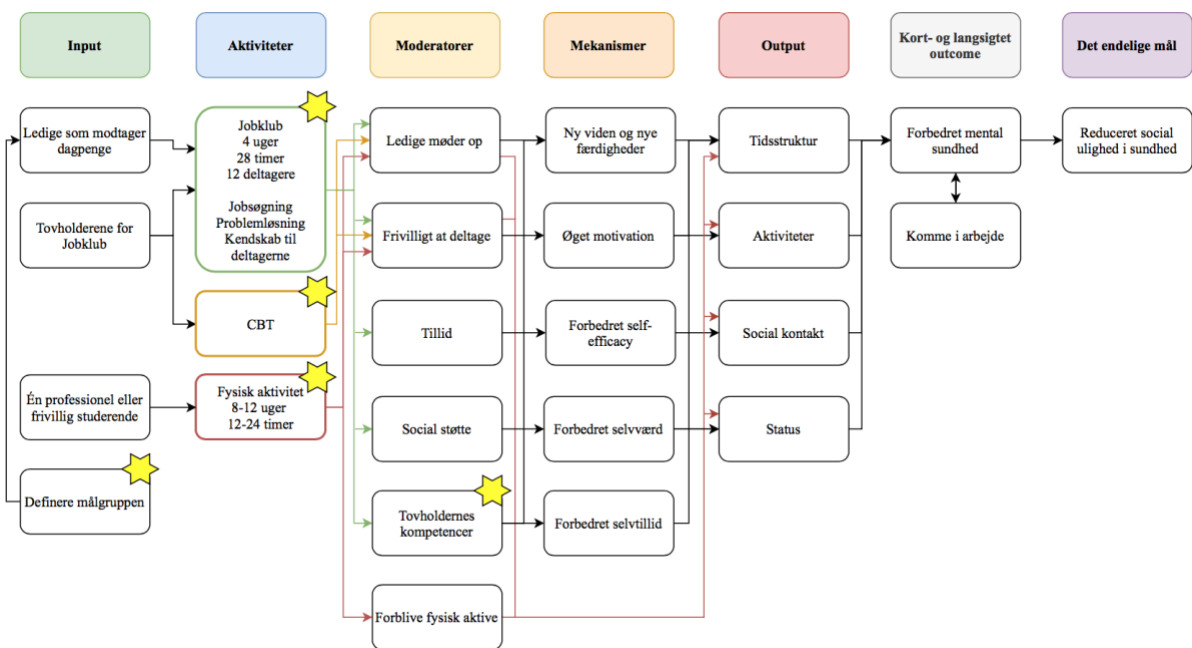
Endvidere skal ledelsen have kendskab til de fire komponenter, *opgaver, struktur, teknologi og aktører* da disse medvirker til at der kan ske en organisationsændring. De fire komponenter påvirker hinanden indbyrdes og indgår i Leavitts åbne systemmodel, som er et planlægningsværktøj til ændringer i organisationer (Bakka and Fivelsdal, 2019). *Opgaver* omhandler målet (Bakka and Fivelsdal, 2019), hvor målet vil være at forandre *Jobklub* så det også er målrettet mental sundhed. *Struktur* er arbejdsfordelinger i organisationen (Bakka and Fivelsdal, 2019) og idet tovholderne skal tilpasse og inkorporere forslagene i *Jobklub* kan deres arbejdsbelastning øges. Der kan opstå modstand mod forandringer, hvis der er modvilje og frustrationer over den nye struktur samt manglende engagement (Bakka and Fivelsdal, 2019). Ud fra interviewet vurderes det, at tovholderne er positive og engagerede i forhold til at inddrage forslagene, hvorfor det vurderes, at tovholderne ikke yder modstand mod forandringen. Der kan dog muligvis opstå modstand fra ledelsen, hvis de ikke deler samme holdning som tovholderne. Endvidere kan modstanden fra ledelsen skyldes, at der skal afsættes

flere ressourcer til *Jobklub*. *Teknologi* er eksempelvis arbejdsprocesser og lokaler (Bakka and Fivelsdal, 2019), hvor forslagene vil kunne ændre på tovholdernes arbejdsprocesser og materialer, fordi der skal andet indhold ind samtidigt med at den fysiske aktivitet kræver, at deltagerne befinder sig andre steder end i lokalerne på jobcentret. *Aktører* er de ansatte mennesker i organisationen (Bakka and Fivelsdal, 2019), hvilket i dette tilfælde vil være tovholderne af *Jobklub*, ledelsen, rådgiverne samt den professionelle. Leavitts model kritiseres dog for ikke at inddrage omgivelsernes betydning (Bakka and Fivelsdal, 2019), men idet kommunerne anbefales at fokusere mere på den mentale sundhed indenfor beskæftigelsesområdet (Sundhedsstyrelsen, 2019), formodes det, at omgivelserne vil influere positivt på forandringen.

Selvom modellen af Leavitt er enkel og overskuelig er ændringer i en organisation ofte mere komplicerede, da følelser, økonomi, holdninger, teknik og politik sammenblandes, hvorfor resultatet af en forandring aldrig kan forudsiges (Bakka and Fivelsdal, 2019). Dette betyder derfor, at det ikke er givet, at der vil ske en forandring, på trods af at tovholderne og ledelsen har kendskab til *opgaver, struktur, teknologi, aktører og omgivelserne* i henhold til forandringsforslaget.

7.5 Det endelige forandringsforslag

På baggrund af ovenstående revideres det endelige forandringsforslag og dermed også programteorien. De ændringer som foretages er, som tidligere nævnt, at forandringsforslaget i input omhandlende *kort- og langtidsledige* samt *henvisning af deltagere* sættes sammen til et forandringsforslag, idet de begge omhandler, at målgruppen skal defineres. På baggrund heraf indgår *definition af målgruppen* i programteorien i stedet for de to andre. Ledige som modtager dagpenge illustreres dog fortsat i programteorien, idet definitionen af målgruppen ligger forud for det som fremgår i input. Endvidere fremgår det af ovenstående, at CBT forandres til ikke, at skal varetages af en psykolog men i stedet af tovholderne, hvorfor psykologen under input fjernes. De fem endelige forandringsforslag er derfor; 1) Definere målgruppen, 2) Inddragelse af problemløsning, 3) Inddragelse af CBT 4) Inddragelse af fysisk aktivitet og 5) Tovholdernes kompetencer, hvilke markeres med en stjerne i programteorien, se figur 10.



Figur 10: Den reviderede programteori, hvor de endelige fem forandringsforslag markeres med en stjerne.

De udarbejdede forandringsforslag har til formål at forandre *Jobklub* således, at den udover at fokusere på jobsøgningsfærdigheder ligeledes bidrager til at forbedre den mentale sundhed blandt ledige, hvilket er det kortsigtede outcome med *Jobklub*. *Jobklub* kan anses for både at anvende en sundhedsfremmende og en forebyggende tilgang, alt efter hvad målet er, hvilke aktiviteter der inddrages samt, hvilken målgruppe af ledige *Jobklub* tilbydes.

Jobklub vil eksempelvis gennem forandringsforslaget omhandlende problemløsning samt CBT bidrage til at deltagerne får kompetencer til at håndtere eventuelle *setbacks*, som måtte opstå, og derigennem forbedre deres mentale sundhed, hvilket vurderes til at være en sundhedsfremmende tilgang. Dette fordi sundhedsfremme handler om at gøre mennesker i stand til selv at kunne håndtere og forbedre deres sundhed (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Ved en forebyggende tilgang kan samme elementer indgå, men i stedet vil målet være, at forebygge lav mental sundhed, hvilket kan være i form af primær- eller sekundær forebyggelse. Primær forebyggelse handler om at forhindre at sygdom opstår, hvorimod sekundær forebyggelse er at forhindre, at sygdom udvikler sig (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014), hvor sygdom forstås som det der kan opstå i forbindelse med lav mental sundhed. Ved primær forebyggelse skal *Jobklub* dermed fokusere på, at ledige ikke får lav mental sundhed, og ved sekundær forebyggelse forhindre, at det bliver værre. På baggrund heraf vurderes det, at den valgte målgruppe ligeledes influerer på, om målet bliver at forbedre eller forebygge lav mental sundhed. Hvis målgruppen er langtidsledige, kan *Jobklub* anses for

at have en sundhedsfremmende tilgang, hvis fokus er på at udvikle deltagernes kompetencer i henhold til at håndtere ledighed og deraf forbedre den mentale sundhed. Omvendt kan *Jobklub* anses for at være primær forebyggelse, hvis der inddrages langtidsledige, som endnu ikke har udviklet lav mental sundhed, da lav mental sundhed således skal forhindres, eller sekundær forebyggelse hvis de langtidsledige har lav mental sundhed, som ikke skal forværres. Det samme vil være gældende hvis målgruppen er korttidsledige. Hvis både kort- og langtidsledige inddrages, kan der være behov for, grundet begrænsede pladser, at anvende en højrisikostrategi. Herved skabes store ændringer hos de få, som er i høj risiko, hvorfor der fokuseres på personer eller grupper af personer som er i høj risiko (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Denne strategi indgår ligeledes under forebyggelse, da hensigten er at reducere eller fjerne risikoen for, at individer med særlig risiko udvikler sygdom (Rose, 2001), hvilket kan opstå i forbindelse med lav mental sundhed. Hvilken tilgang der anvendes, er derfor ikke ligetil, hvorfor det ikke kan fremanalyseres, hvilken tilgang *Jobklub* anvender.

8. Pilottest, evaluering og implementering

Forud for implementering af det endelige forandringsforslag er der behov for at udføre pilottest og evaluering, hvilket fremgår af anden og tredje fase i MRC-modellen. Pilottesten har til hensigt at teste procedurer og afprøve processen, hvorfor den praktiske anvendelighed og gennemførlighed testes (Craig *et al.*, 2008). De specifikke detaljer i *Jobklub* afprøves i mindre skala for at finde frem til eventuelle problemer eller fejl i de udarbejdede forandringsforslag. Pilottesten kan udføres ved at rekruttere en gruppe af ledige til *Jobklub*, hvormed det vil være muligt at finde frem til, om definitionen af målgruppen er præcis og veldefineret, således rådgiverne henviser den tænkte målgruppe til *Jobklub*. Dernæst kan indholdet i *Jobklub* afprøves i henhold til, om det kan gennemføres som planlagt. Hvis der er behov for at foretage ændringer, kan det være nødvendigt at gå tilbage til udviklingsfasen i MRC-modellen.

Efter pilottesten foretages en evaluering. En evaluering er en systematisk vurdering af en intervention med henblik på at afsige en værdidom, hvorfor evalueringresultater kan anvendes til at træffe beslutninger i praksis (Krogstrup, 2016). Valget af evalueringsmodel afhænger af, hvad der ønskes undersøgt og deraf evalueringsspørgsmålet (Krogstrup, 2016). Idet *Jobklub* er et nyt tilbud, og der i indeværende speciale er udarbejdet et forandringsforslag hertil, findes det relevant at undersøge effekten af interventionen, hvorved en effektevaluering skal udføres. En effektevaluering bidrager med viden om, hvorvidt en intervention virker eller ikke virker,

hvorfor resultaterne kan anvendes til at vurdere, om interventionen skal indføres eller ej (Krogstrup, 2016). På baggrund heraf er det muligt at finde frem til, hvilken effekt *Jobklub* har på den mentale sundhed blandt ledige, og hvorvidt det er relevant at implementere tilbuddet. Findes der ingen effekt kan ressourcerne muligvis anvendes bedre et andet sted. Effektevalueringen kan eksempelvis udføres ved et RCT-studie, hvor en interventionsgruppe som modtager *Jobklub* sammenlignes med en kontrolgruppe som ikke modtager en intervention. En svaghed ved en effektevaluering er dog, at det ikke er muligt at finde frem til, hvordan og hvorfor en effekt opnås men kun, om der er eller ikke er en effekt, hvorfor det ligeledes er relevant at udføre en evaluering, som fokuserer på processen fra input til outcome (Krogstrup, 2016). Hertil kan en teoribaseret evaluering (Krogstrup, 2016), også kaldet virkningsevaluering (Dahler-Larsen, 2003) anvendes, idet der gennem denne undersøges, hvorfor og hvordan en intervention virker (Krogstrup, 2016). En teoribaseret evaluering kendetegnes ved, at antagelserne i den opstillede programteori testes, hvorved den frembringer viden om, hvilke mekanismer i interventionen der fører til effekter (Krogstrup, 2016). Samtidig inddrages den specifikke kontekst idet moderatorer, som aktiverer eller deaktiverer mekanismer, ligeledes afdækkes (Krogstrup, 2016). Ved at udføre en teoribaseret evaluering bliver det muligt at undersøge, hvorfor og hvordan *Jobklub* fører til det ønskede outcome, og om der er elementer, der ikke bidrager med det som antages. Formålet med denne type af evaluering er derfor at bidrage til at forbedre en indsats (Krogstrup, 2016). Slutteligt kan det være relevant at udføre en interaktionistisk evaluering. Dette fordi denne fokuserer på at afdække borgernes oplevelser og erfaringer, hvorved de kan bidrage med viden om, hvad de synes har fungeret godt og mindre godt i interventionen (Krogstrup, 2016). Idet *Jobklub* ikke er udviklet sammen med borgerne, og dermed ikke kender deres synspunkter i forhold til, hvad de finder relevant og ikke relevant at tilbuddet indeholder, anses dette som værende relevant. Denne type af evaluering kan eksempelvis udføres ved brug af interviews med ledige, som allerede har deltaget i tilbuddet. På baggrund af evalueringsresultaterne kan det være relevant at gå tilbage til udviklingen og ændre på forskellige elementer.

Forinden implementeringen igangsættes, er det endvidere relevant at overveje, hvorvidt der kan opstå utilsigtede konsekvenser i forbindelse med deltagelsen i *Jobklub*. Utilsigtede konsekvenser kendetegnes ved at være uforudsete positive og negative effekter af et tiltag (Merton, 1936). Det formodes, at tilbuddet vil have en positiv utilsigtet konsekvens i form af at øge deltagernes autonomi. Dette fordi det vides, at autonomi handler om retten til selvbestemmelse (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014), hvilket netop er muligt i

henhold til *Jobklub*, idet deltagelsen er frivillig, og deltagerne dermed selv kan til- eller fravælge, om de ønsker at deltage. Hvis *Jobklub* anser målet som værende at forebygge lav mental sundhed, og deraf definerer målgruppen ud fra ledige som er i høj-risiko for at få lav mental sundhed, vurderes det, at der kan opstå en negativ utilsigtede konsekvens i form af stigmatisering af risikogruppen. Stigmatisering kendetegnes ved, at et individ eller en gruppe af individer bliver identificeret som afvigende fra det normale på baggrund af specifikke uønskede karakteristika (Goffman, 2009). Tilbydes *Jobklub* til ledige i høj risiko for lav mental sundhed afviger disse fra normalen, hvorved der er risiko for, at de der deltager i tilbuddet, vil føle sig stigmatiseret. Idet *Jobklub* er et frivilligt tilbud, kan frygten for at blive stigmatiseret ligeledes være en barriere for tilslutningen dertil, hvorved manglende deltagelse kan være en negativ utilsigtet konsekvens. Endvidere anbefales det, i det endelige forandringsforslag, at inddrage fysisk aktivitet som et særskilt tilbud i forbindelse med *Jobklub*. På baggrund heraf vurderes det, at ledige som fravælger fysisk aktivitet kan være i risiko for stigmatisering, da de ikke er en del af gruppen og dermed afviger fra normalen. Hvis *Jobklub* derimod har målet om at forbedre mental sundhed, og deraf en sundhedsfremmende tilgang, kan det medføre den negative utilsigtede konsekvens, at flere ledige kategoriseres som værende i målgruppen for tilbuddet, hvorved der er risiko for, at efterspørgslen bliver for stor i henhold til det begrænsede antal på 12 deltagere. Uanset om *Jobklub* anvender en forebyggende eller sundhedsfremmende tilgang vurderes det, at der kan være risiko for medikalisering. Dette fordi, medikalisering omhandler, at samfundets syn på et fænomen ændres fra at være noget normalt til i højere grad at være en sygdom (Conrad, 1992), hvorved der er risiko for, at mental sundhed anses for at være en sygdom som kræver behandling. Når de positive og negative konsekvenser i henhold til tilbuddet er overvejet, skal beslutningstagerne vurdere, om forandringsforslagene fortsat skal implementeres.

For at sikre en succesfuld implementering kan implementeringsmodellen af Fixsen anvendes. Denne model indeholder seks elementer herunder: *undersøgelse og tilpasning, programinstallering, foreløbig implementering, fuld implementering, innovation og videreudvikling* samt *opretholdelse* (Fixsen et al., 2005). *Undersøgelse og tilpasning* handler om, at undersøge hvilket behov der er i samfundet for dermed at kunne udarbejde en passende intervention (Fixsen et al., 2005). Idet problemet er belyst i problemanalysen og der er få tilbud målrettet mental sundhed, vurderes det, at der er et behov for at forandre *Jobklub*, så det er målrettet mental sundhed. *Programinstallering* skal skabe et overblik over, hvilke ressourcer der skal indgå, før implementeringen kan ske, hvorfor det henviser til forberedelserne af

interventionen (Fixsen *et al.*, 2005). Dette er tidligere belyst i afsnit 7.4, hvorfor dette ikke uddybes yderligere. *Foreløbig implementering* omhandler, hvorledes implementeringen skal foregå over flere omgange, da det løbende forandres (Fixsen *et al.*, 2005). På baggrund heraf, anses specialets forandringsforslag som værende det første bud på, hvad der med fordel kan forandres, for at *Jobklub* ligeledes er målrettet den mentale sundhed. Idet *Jobklub* er et nyt tilbud, forventes det, at det fortsat er i den foreløbige implementering. *Fuld implementering* igangsættes, når den nye læring er integreret på de forskellige niveauer, eksempelvis i henhold til personer, organisationer og politiske niveauer (Fixsen *et al.*, 2005). Herved kan det anskues, at det politiske niveau skal vise interesse for mental sundhed blandt ledige for at beskæftigelsesområdet fortsat kan få puljemidler, og *Jobklub* dermed kan fortsætte. *Innovation og videreudvikling* omfatter, at der for hver implementering kan læres nyt omkring, hvordan interventionen virker og dermed, hvorvidt der kan ske forbedringer (Fixsen *et al.*, 2005). På baggrund heraf anbefales det fortsat, at der følges op på, hvorvidt *Jobklub* opnår det ønskede. Selve implementeringen kan tage mellem 2-4 år, hvorefter det skal sikres, at interventionen fortsat fungerer efter implementeringsprocessen, er ovre, hvilket er fasen *opretholdelse* (Fixsen *et al.*, 2005).

9 Anvendelsen af MRC-modellen

I specialet anvendes MRC-modellen til forandringen af *Jobklub*, idet den kan rumme en flervidenskabelig tilgang. Dette anses for at have styrket de udarbejdede forandringsforslag, idet der således inddrages flere perspektiver, som har suppleret hinanden. Samtidig giver MRC-modellen mulighed for at inddrage nøglepersoner, hvor tovholderne af *Jobklub* inddrages i specialet, hvorved forandringsforslaget er tilpasset konteksten. MRC-modellen består af fire faser, udvikling, pilottest, evaluering og implementering (Craig *et al.*, 2008). I specialet er der arbejdet med alle fire faser, hvor der i udviklingen både er udført et litteraturstudie, hvorved den eksisterende evidens på området er afdækket, samt en spørgeskemaundersøgelse, udarbejdet på baggrund af teori, hvor brugerne, de ledige, er inddraget. Fase to og tre omhandlende pilottest og evaluering er afdækket ved brug af teori for at overveje, hvorledes disse kan udføres forinden implementeringen. I implementeringsfasen er tovholderne af *Jobklub* inddraget med henblik på at undersøge muligheden for forandring af den givne kontekst og organisation. Herved øges sandsynligheden for, at det kan føre til de tilsigtede effekter i den givne kontekst (Craig *et al.*, 2008), hvilket dog medfører, at overførbarheden til andre kommuner og kontekster mindskes. På trods heraf vurderes det, at der er et potentiale i,

at lignende tilbud kan indføres i andre kommune, hvis forandringsforslaget tilpasses konteksten i den enkelte organisation.

Som belyst er MRC-modellen et redskab til udvikling og videreudvikling af komplekse interventioner, hvorved den hovedsageligt fokusere på at udarbejde retningslinjer til udviklingen af interventioner (Craig *et al.*, 2008), hvorfor det vurderes, at en svaghed ved modellen er, at den ikke kan belyse forandringer i praksis. På baggrund heraf, kunne 6-SQUID have været anvendt, idet denne vurderes til at bidrage med overvejelser om, hvad der er praktisk muligt, hvilket uddybes nedenfor. Modellen består af seks trin, hvor trin fire henviser til udarbejdelsen af selve aktiviteten samt overvejelser om tilgængelige ressourcer og mulige utilsigtede konsekvenser (Wight *et al.*, 2015). På baggrund heraf, vurderes det, at 6-SQUID adskiller sig fra MRC-modellen, da den kunne have bidraget til, at der i forbindelse med udviklingen, ville have været overvejelser om, hvad der praktisk var muligt i den aktuelle kontekst. Idet MRC-modellen har begrænsninger vælges det, at den skal suppleres med organisatoriske overvejelser i form af Leavitt-modellen, Issel og Fixsen, da det vurderes, at disse tilsammen fungerer som et godt redskab til at kunne besvare specialets problemformulering.

10 Konklusion

Specialet har til formål at besvare problemformuleringen og de tilhørende tre forskningsspørgsmål. Problemformuleringen er: *Hvordan kan tilbuddet Jobklub forandres således det er målrettet den mentale sundhed blandt ledige?* Selvom det gennem litteraturstudiet findes, at der er flere effektive interventioner som forbedrer den mentale sundhed blandt ledige, er en begrænsning i specialet, at der er sparsom litteratur på området, hvilket kommer til udtryk ved, at de fleste studier tager afsæt i de samme interventioner. I spørgeskemaundersøgelsen findes en signifikant sammenhæng mellem de latente fordele, *aktiviteter* og *tidsstruktur*, samt den manifesterede fordel, *økonomi*, og mental sundhed i den fuldt justerede model. På baggrund af litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen udarbejdes seks forandringsforslag 1) Deltagerne i *Jobklub* 2) Henvisning til *Jobklub* 3) Inddragelse af problemløsning 4) Inddragelse af CBT 5) Inddragelse af fysisk aktivitet og 6) Tovholderes kompetencer. Muligheden for implementering af forandringsforslagene undersøges gennem interviewet med tovholderne af *Jobklub* med henblik på at opnå indsigt i mulige barrierer og facilitatorer for forandringen af *Jobklub*. Selvom tovholderne giver udtryk for, at ledelsen bestemmer, hvem der skal deltage i *Jobklub*, anbefales det, at tovholderne sammen med ledelsen skal definere målgruppen af ledige, hvorfor forslagene, *deltagerne i Jobklub* og *henvisning til Jobklub* samles til ét forandringsforslag. De seks forandringsforslag ændres derfor til fem forandringsforslag 1) Definere målgruppen, 2) Inddragelse af problemløsning, 3) Inddragelse af CBT 4) Inddragelse af fysisk aktivitet og 5) Tovholderes kompetencer. Det anbefales, at tovholderne sammen med ledelsen skal definere målgruppen af ledige som skal deltage i *Jobklub*. Endvidere anbefales det at problemløsning og CBT skal inddrages som et emne i *Jobklub*, hvor CBT skal varetages af tovholderne. Det anbefales desuden, at fysisk aktivitet skal varetages af en professionel og være et supplement til *Jobklub*, hvormed der bliver tre ugentlige mødedage for deltagerne. Endvidere anbefales det, at der afsættes ressourcer til deltagelse på kurser, således tovholderne af *Jobklub* efter behov kan deltage på kurser med henblik på at udvikle nye samt forbedre eksisterende kompetencer. Slutteligt anbefales det, at tovholderne af *Jobklub* arbejder videre med disse forslag, da de vil medvirke til at *Jobklub* kan forbedre den mentale sundhed blandt ledige, hvormed tilbuddet vil være målrettet mental sundhed.

11 Referenceliste

- Aday, L. A. and Cornelius, L. J. (2006) *Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide*. 3rd edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Artazcoz, L. *et al.* (2004) 'Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class', *American Journal of Public Health*, 94(1), pp. 82–88.
- Backhans, M. C. and Hemmingsson, T. (2012) 'Unemployment and mental health--who is (not) affected?', *European Journal of Public Health*, 22(3), pp. 429–433.
- Bakka, J. F. and Fivelsdal, E. (2019) *Organisationsteori - struktur, kultur, processer*. 7th edn. Djøf Forlag.
- Bartrum, D. and Creed, P. A. (2006) 'Explanations for Deteriorating Wellbeing in Unemployed People: Specific Unemployment Theories and Beyond', in *Unemployment and Health: International and Interdisciplinary Perspectives*. Bowen Hills, Qld: Australian Academic Press, pp. 1–20.
- Bech-Jørgensen, B. (1994) 'Hverdagsliv og selvfølghed', in. Akademisk Forlag, pp. 141–158.
- Bech, P. *et al.* (2003) 'Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale.', *International journal of methods in psychiatric research*. United States, 12(2), pp. 85–91.
- Berkman, L. F. *et al.* (2000) 'From social integration to health: Durkheim in the new millennium.', *Social science & medicine* (1982). England, 51(6), pp. 843–857.
- Beskaeftigelsesministeriet (2019) 'Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats'.
- Bland, J. M. and Altman, D. G. (1997) 'Cronbach's alpha.', *BMJ (Clinical research ed.)*. England, 314(7080), p. 572.
- Breslin, F. C. and Mustard, C. (2003) 'Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey', *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(1), pp. 5–14.
- Brinkmann, S. (2015) 'Etik i en kvalitativ verden', in Brinkmann, S. and Tangaard, L. (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels Forlag, pp. 463–480.
- Brugerinddragelse, E. for E. og (2015) *Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. Region Hovedstaden: Enheden for Brugerundersøgelser.
- Brussig, M., Dragano, N. and Mümken, S. (2014) 'Health promotion for unemployed jobseekers: New developments in Germany', *Health Policy*, 114(2), pp. 192–199.
- Brydsten, A., Hammerström, A. and Sebastian, M. S. (2018) 'Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: A decomposition analysis of social determinants for mental health', *International Journal for Equity in Health*. International Journal for Equity in Health, 17(1), pp. 1–11.
- Buus, N. *et al.* (2008) 'Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller', *Sygeplejersken*, 10.
- Caplan, R. D. *et al.* (1989) 'Job Seeking, Reemployment, and Mental Health: A Randomized Field Experiment in Coping With Job Loss', *Journal of Applied Psychology*, 74(5), pp. 759–769.
- Carter, S. M. and Little, M. (2007) 'Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research',

Qualitative Health Research. Los Angeles, CA: Sage Publications, 17, pp. 1316–1328.

- Christensen, U., Nielsen, A. and Schmidt, L. (2012) 'Det kvalitative forskningsinterview', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. København: Munksgaard Danmark, pp. 61–89.
- Conrad, P. (1992) 'Medicalization and Social Control', *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209–232.
- Craig, P. *et al.* (2008) 'Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019', *International Journal of Nursing Studies*. England: Elsevier Ltd, 50, pp. 587–592.
- Creed, P. A., Machin, M. A. and Hicks, R. E. (1999) 'Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behaviour therapy based training interventions', *Journal of Organizational Behavior*, 20(6), pp. 963–978.
- Creed, P. A. and Macintyre, S. R. (2001) 'The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people', *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), pp. 324–331.
- Cygan-Rehm, K., Kuehnle, D. and Oberfichtner, M. (2017) 'Bounding the causal effect of unemployment on mental health: Nonparametric evidence from four countries', *Health Economics*, 26(12), pp. 1844–1861.
- Dahlager, L. and Fredslund, H. (2011) 'Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse', in Toft, M. (ed.) *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard, København, pp. 157–181.
- Dahler-Larsen, P. (2003) 'Opskrift på virkningsevaluering', in *Nye Veje i Evaluering*. 1st edn. Academica, pp. 51–79.
- Dahler-Larsen, P. (2009) 'Opskrift på virkningsevaluering - programteori', in Dahler-Larsen, P. and Krogstrup, H. K. (eds) *Nye Veje i Evaluering*. Academica, pp. 51–79.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*.
- Dambrun, M. and Dubuy, A. L. (2014) 'A positive psychology intervention among long-term unemployed people and its effects on psychological distress and well-being', *Journal of Employment Counseling*, 51(2), pp. 75–88.
- Della-Posta, C. and Drummond, P. D. (2006) 'Cognitive behavioural therapy increases re-employment of job seeking worker's compensation clients', *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(2), pp. 223–230.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. and Horwood, L. J. (2014) 'Unemployment and psychosocial outcomes to age 30: A fixed-effects regression analysis', *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(8), pp. 735–742.
- Fixsen, D. L. *et al.* (2005) *Implementation research: A synthesis of the Literature*. Tampa, Florida.
- Foucault, M. (2003) 'Panoptismen', in *Overvågning og straf*. Det lille Forlag, pp. 211–245.
- Foundation, W. K. K. (2004) 'Logic Model Development Guide'.
- Frandsen, T. F. *et al.* (2014) 'En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger', *Ugeskrift for læger*.
- Frاسquilho, D. *et al.* (2016) 'Distress and unemployment: the related economic and noneconomic factors in a sample of unemployed adults', *International Journal of Public Health*, 61(7), pp. 821–828.

- Fryer, D. (1998) 'Labour Market Disadvantage, Deprivation and Mental Health', in Drenth, P. J. D., Thierry, H., and de Wolff, C. J. (eds) *Work Psychology*. Psychology Press, pp. 215–228.
- Galderisi, S. *et al.* (2015) 'Toward a new definition of mental health', *World Psychiatry*. Italy: BlackWell Publishing Ltd, 14(2), pp. 231–233.
- Gebel, M. and Voßemer, J. (2014) 'The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach', *Social Science & Medicine*. Netherlands: Elsevier Science, 108, pp. 128–136.
- Gilje, N. (2012) 'Positivism og kritisk rationalisme', in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Hans Reitzels Forlag, pp. 23–64.
- Goffman, E. (2009) *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. 2. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Goodman, W. K., Geiger, A. M. and Wolf, J. M. (2017) 'Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(1), pp. 4–11.
- Granados, J. A. T. *et al.* (2018) 'Cardiovascular Risk Factors, Depression, and Alcohol Consumption During Joblessness and During Recessions Among Young Adults in CARDIA', *American Journal of Epidemiology*. United States: Oxford University Press, 187(11), pp. 2339–2345.
- Hajos, T. R. S. *et al.* (2013) 'Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus.', *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*. England, 30(2), pp. e63–9.
- Halkier, B. (2016) *Fokusgrupper*. 3rd edn. Samfundslitteratur.
- Halliday, J. A. *et al.* (2017) 'Validation of the WHO-5 as a first-step screening instrument for depression in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES - Australia.', *Diabetes research and clinical practice*. Ireland, 132, pp. 27–35.
- Hammer, T. (2000) 'Mental Health and Social Exclusion among Unemployed Youth in Scandinavia. A Comparative Study', *International Journal of Social Welfare*. Oxford, UK and Boston, USA: Blackwell Publishers Ltd, 9(1), pp. 53–63.
- Hansen, E. J. and Andersen, B. H. (2009) *Et sociologisk værktøj - Introduktion til den kvantitative metode*. 2nd edn. Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, N.-H. M. and Nørregård-Nielsen, E. (2008) 'Stikprøver og repræsentativitet', in Hansen, N.-H. M., Marckmann, B., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. 1st edn. Frederiksberg C: Samfundslitteratur, pp. 41–60.
- Harris, E. *et al.* (2002) 'Are CBT interventions effective with disadvantaged job-seekers who are long-term unemployed?', *Psychology, Health and Medicine*, 7(4), pp. 401–410.
- Hergenrather, K. C. *et al.* (2015) 'Employment as a Social Determinant of Health: A Systematic Review of Longitudinal Studies Exploring the Relationship between Employment Status and Physical Health', *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 29(1), p. 28.
- Hiswåls, A.-S. *et al.* (2017) 'Experiences of unemployment and well-being after job loss during economic recession: Results of a qualitative study in east central Sweden', *Journal of public health research*. Italy: PAGEPress Publications, 6(3), p. 995.
- Holleder, A. (2015) 'Unemployment, health and moderating factors: the need for targeted health promotion', *Journal of Public Health*. Heidelberg: Springer Nature

- B.V, 23, pp. 319–325.
- Huikari, S. and Korhonen, M. (2015) ‘The Impact of Unemployment on Well-Being: Evidence from the Regional Level Suicide Data in Finland’, *Social Indicators Research*, 128.
 - Issel, M. L. (2014) ‘Program implementation’, in Issel, M. L. (ed.) *Health program Planning and Evaluation*. Jones & Bartlett Learning, pp. 251–282.
 - Jacobsen, D. I. and Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse*. 3rd edn. Hans Reitzels Forlag.
 - Jahoda, M. (1982) *Employment and Unemployment - A socio-psychological analysis, Psychology of Social Issues*. Cambridge University Press.
 - Janlert, U. and Hammarström, A. (2009) ‘Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health’, *BMC Public Health*, 9, pp. 1–9.
 - Jensen, H. A. R. et al. (2018) *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017, Sundhedsstyrelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
 - Juul, S. (2012) ‘Hermeneutik’, in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Hans Reitzels Forlag, pp. 107–146.
 - Juul, S. et al. (2017) *Epidemiologi og evidens*. 3rd edn. København: Munksgaard.
 - Juul, S. and Pedersen, K. B. (2012) ‘Hvorfor videnskabsteori?’, in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Hans Reitzels Forlag, pp. 9–22.
 - Jørgensen, M. B. et al. (2019) ‘Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits’, *European journal of epidemiology*. Springer Netherlands, (0123456789).
 - Kirkwood, B. R. and Sterne, J. A. C. (2003) *Essential Medical Statistics*. 2nd edn. Blackwell Publishing.
 - Kleinbaum, D. G. et al. (2013) *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. 5th edn. Cengage Learning.
 - Koopman, M. Y. et al. (2017) ‘Mental health promoting Interventions for the unemployed: a systematic review of applied techniques and effectiveness’, *International Journal of Mental Health Promotion*. Taylor & Francis, 19(4), pp. 202–223.
 - Koushede, V. et al. (2019) ‘Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings.’, *Psychiatry research*. Ireland, 271, pp. 502–509.
 - Kovacs, C. et al. (2019) ‘Development of a Shortened Version of the Latent and Manifest Benefits of Work (LAMB) Scale’, *European Journal of Psychological Assessment*, 35(5), pp. 685–697.
 - Kreuzfeld, S. et al. (2013) ‘Health effects and acceptance of a physical activity program for older long-term unemployed workers’, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86(1), pp. 99–105.
 - Krogstrup, H. K. (2016) *Evalueringsmodeller*. 3rd edn. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
 - Kvale, S. and Brinkmann, S. (2015) *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3rd edn. København: Hans Reitzels Forlag.
 - Launsø, L., Rieper, O. and Olsen, L. (2017) *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 7. udgave. Kbh: Munksgaard.

- Limm, H. *et al.* (2015) 'Effects of a health promotion program based on a train-the-trainer approach on quality of life and mental health of long-term unemployed persons', *BioMed Research International*.
- Lund, H. *et al.* (2017) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis*. Kbh.: Munksgaard.
- Maindal, H. T. (2003) 'Udarbejdelse af spørgeskema - som man spørger, får man svar...', *Klinisk Sygepleje*, 17(2), pp. 23–31.
- McKee-Ryan, F. *et al.* (2005) 'Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study', *The Journal of Applied Psychology*, 90(1), pp. 53–76.
- Merton, R. K. (1936) 'The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action', *American Sociological Review*, 1(6), p. 894.
- Milner, A. *et al.* (2014) 'The effect of leaving employment on mental health: testing "adaptation" versus "sensitisation" in a cohort of working-age Australians', *Occupational and Environmental Medicine*, 71(3), pp. 167–174.
- Moher, D. *et al.* (2009) 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.', *PLoS medicine*. United States, 6(7).
- Moore, T. H. M. *et al.* (2017) 'Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: A systematic review', *Psychological Medicine*, 47(6), pp. 1062–1084.
- Nørregård-Nielsen, E., Foldgast, A. M. and Marckmann, B. (2008) 'Ethiske overvejelser', in Marckmann, B., Hansen, N. H. M., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. 1st edn. Samfundslitteratur, pp. 161–171.
- Nørregård-Nielsen, E. and Slot, L. V. (2008) 'Spørgeskemaer på internettet', in Hansen, N.-H. M., Marckmann, B., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. 1st edn. Samfundslitteratur, pp. 147–160.
- Olsen, H. (2006) *Guide til gode spørgeskemaer*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Paul, K. and Batinic, B. (2009) 'The need for work: Jahoda's latent functions of employment in a representative sample of the German population', *Journal of Organizational Behavior*, 31, pp. 45–64.
- Paul, K. I., Geithner, E. and Moser, K. (2009) 'Latent Deprivation among People who Are Employed, Unemployed, or Out of the Labor Force', *The Journal of Psychology*, pp. 477–491.
- Paul, K. I. and Moser, K. (2009) 'Unemployment impairs mental health: Meta-analyses', *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), pp. 264–282.
- Pavlova, M. K. and Silbereisen, R. K. (2012) 'Age, cumulative (dis)advantage, and subjective well-being in employed and unemployed Germans: A moderated mediation model', *Journal of occupational health psychology*. United States: Educational Publishing Foundation, 17(1), pp. 93–104.
- Price, R. H., Van Ryn, M. and Vinokur, A. D. (1992) 'Impact of a Preventive Job Search Intervention on the Likelihood of Depression Among the Unemployed*', 33(2), pp. 158–167.
- Proudfoot, J. *et al.* (1997) 'Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people', *Lancet*, 350(9071), pp. 96–100.
- Puig-Barrachina, V. *et al.* (2011) 'Monitoring social determinants of health inequalities: the impact of unemployment among vulnerable groups', *International*

Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 41(3), pp. 459–482.

- Pultz, S. (2016) ‘Governing homo economicus: risk management among young unemployed people in the Danish welfare state’, *Health, Risk & Society*. Abingdon: Taylor & Francis, 18(3–4), pp. 168–187.
- Rattray, J. and Jones, M. C. (2007) ‘Essential elements of questionnaire design and development.’, *Journal of clinical nursing*. England, 16(2), pp. 234–243.
- Reine, I., Novo, M. and Hammarström, A. (2004) ‘Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking’, *Public Health*, 118(5), pp. 337–345.
- Reneflot, A. and Evensen, M. (2014) ‘Unemployment and psychological distress among young adults in the Nordic countries: A review of the literature’, *International Journal of Social Welfare*. Oxford: Wiley Subscription Services, Inc, 23(1), pp. 3–15.
- Reynolds, C., Barry, M. M. and Gabhainn, S. N. (2010) ‘Evaluating the Impact of the Winning New Jobs Programme on the Re-employment and Mental Health of a Mixed Profile of Unemployed People’, *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(2), pp. 32–41.
- Rienecker, L. and Jørgensen, P. S. (2017) *Den gode opgave*. 5th edn. Samfundslitteratur og forfatterne.
- Robertson, P. J. (2019) ‘The casualties of transition: the health impact of NEET status and some approaches to managing it’, *British Journal of Guidance & Counselling*. Routledge, 47(3), pp. 390–402.
- Roelfs, D. J. *et al.* (2011) ‘Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality’, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 72, pp. 840–854.
- Rose, G. (2001) ‘Sick Individuals and Sick Populations’, *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 427–432.
- Rueda, S. *et al.* (2012) ‘Association of Returning to Work With Better Health in Working-Aged Adults: A Systematic Review’, *American Journal of Public Health*, 102(3), pp. 541–556.
- Schougaard, L. M. V. *et al.* (2018) ‘Test-retest reliability and measurement error of the Danish WHO-5 Well-being Index in outpatients with epilepsy’, *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), p. 175.
- Selenko, E., Stiglbauer, B. and Batinic, B. (2020) ‘More evidence on the latent benefits of work: Bolstered by volunteering while threatened by job insecurity.’, *European Journal of Work and Organizational Psychology*. Selenko, Eva: e.selenko@lboro.ac.uk: Taylor & Francis.
- Shea, B. *et al.* (2017) ‘AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both’, *BMJ*.
- Statistik, D. (2018) *Sociale udgifter (ESSPROS)*. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/nationalregnskab-og-offentlige-finanser/offentlige-finanser/sociale-udgifter-ESSPROS>.
- Stauder, J. (2019) ‘Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation?’, *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 20(1), pp. 59–73.
- Stenbæk, D. E. and Jensen, M. F. (2007) ‘Litteratursøgning’, in Kristensen, F. B. and Sigmund, H. (eds) *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*.

- Sundhedsstyrelsen, pp. 49–58.
- Sterne, J. *et al.* (2016) ‘ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions’, *BMJ*.
 - Strandh, M. (2000) ‘Different Exit Routes from Unemployment and their Impact on Mental Well-Being: The Role of the Economic Situation and the Predictability of the Life Course’, *Work, Employment and Society*. SAGE Publications Ltd, 14(3), pp. 459–479.
 - Strandh, M., Novo, M. and Hammarström, A. (2010) ‘Mental health among the unemployed and the unemployment rate in the municipality’, *European Journal of Public Health*, 21(6), pp. 799–805.
 - Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2020) *Arbejdsløshedsdagpenge, borger.dk*. Available at: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Arbejdsløshedsdagpenge>.
 - Sundhedsstyrelsen (2010) *Sundhed i beskæftigelsesindsatsen*. Sundhedsstyrelsen.
 - Sundhedsstyrelsen (2017a) *Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv*. 1st edn, Sundhedsstyrelsen. 1st edn. Sundhedsstyrelsen.
 - Sundhedsstyrelsen (2017b) *Guide til trivselsindekset: WHO-5*. København: Sundhedsstyrelsen.
 - Sundhedsstyrelsen (2018) *Forebyggelsespakke - Mental sundhed*. København S: Sundhedsstyrelsen.
 - Sundhedsstyrelsen (2019) *Helhedsorienterede beskæftigelses- indsatser med fokus på sundhed*. Sundhedsstyrelsen.
 - Szklo, M. and Nieto, F. J. (2018) *Epidemiology: Beyond the basics*. 4th edn. Sudbury, United States: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
 - Tangaard, L. and Brinkmann, S. (2015) ‘Interviewet: Samtalen som forskningsmetode’, in Brinkmann, S. and Tangaard, L. (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels Forlag, pp. 29–54.
 - Thill, S., Houssemand, C. and Pignault, A. (2019) ‘Unemployment Normalization: Its Effect on Mental Health During Various Stages of Unemployment’, *Psychological Reports*, 122(5), pp. 1600–1617.
 - Thorsen, H. (2005) ‘Spørgeskemaer i klinisk forskning – fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer’, *Forskning i Fysioterapi*, pp. 1–10.
 - Topp, C. W. *et al.* (2015) ‘The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature.’, *Psychotherapy and psychosomatics*. Switzerland, 84(3), pp. 167–176.
 - Tovholderne (2020) *Uformel samtale*.
 - Udenrigsministeriet (2020) *Arbejdsløshedsunderstøttelse*. Available at: <https://tyskland.um.dk/da/om-tyskland/social sikring/arbejdsløshedsunderstøttelse/> (Accessed: 1 May 2020).
 - Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. Kbh.: Munksgaard.
 - Varekamp, I. and van Dijk, F. (2010) ‘Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases’, *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60(4), pp. 287–293.
 - Vinokur, A. D. *et al.* (2000) ‘Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health.’, *Journal of occupational health psychology*, 5(1), pp. 32–47.
 - Vinokur, A. D., Price, R. H. and Schul, Y. (1995) ‘Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression’, *American Journal of*

- Community Psychology*, 23(1), pp. 39–74.
- Vinokur, A. D. and Schul, Y. (1997) 'Mastery and inoculation against setbacks as active ingredients in the JOBS intervention for the unemployed', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), pp. 867–877.
 - Vuori, J. *et al.* (2002) 'The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement', *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), pp. 5–19.
 - Vuori, J. and Silvonen, J. (2005) 'The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up', *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(1), pp. 43–52.
 - Vuori, J. and Vinokur, A. D. (2005) 'Job-search preparedness as a mediator of the effects of the Työhön Job Search Intervention on re-employment and mental health', *Journal of Organizational Behavior*, 26(3), pp. 275–291.
 - Wagenaar, A. F. *et al.* (2015) 'Who gets fired, who gets re-hired: the role of workers' contract, age, health, work ability, performance, work satisfaction and employee investments', *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(3), pp. 321–334.
 - Wanberg, C. R. (2012) 'The Individual Experience of Unemployment', *Annual review of psychology*. United States: Annual Reviews, Inc, 63(1), pp. 369–396.
 - WHO (1998) *Wellbeing measures in primary health care/the Depcare project*. Stockholm.
 - Wight, D. *et al.* (2015) 'Six steps in quality intervention development (6SQuID)', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(5), pp. 520–525.
 - de Wit, M. *et al.* (2007) 'Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes.', *Diabetes care*. United States, 30(8), pp. 2003–2006.
 - Zachariae, B. (2004) 'Fejlkilder i sundhedspsykologisk forskning', in Friis-Hasché, E., Elsass, P., and Nielsen, T. (eds) *Klinisk sundhedspsykologi*. Kbh.: Munksgaard Danmark, pp. 173–178.
 - Zechmann, A. and Paul, K. I. (2019) 'Why do individuals suffer during unemployment? Analyzing the role of deprived psychological needs in a six-wave longitudinal study', *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(6), pp. 641–661.
 - Åhs, A. (2006) *Health and Health Care Utilization among the Unemployed*, *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 183.

12 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Den systematiske litteratursøgning	2
Bilag 2: AMSTAR 2 tjekliste til vurdering af Moore et al.....	23
Bilag 3: AMSTAR 2 tjekliste til vurdering af Koopman et al.....	27
Bilag 4: ROBINS-I tjekliste af Limm et al.....	31
Bilag 5: Spørgeskemaet	36
Bilag 6: Spørgeguide til pilottest	41
Bilag 7: Rekrutteringstekst	45
Bilag 8: Påmindelsestekst	46
Bilag 9: Oversigt over kodning af variable.....	47
Bilag 10: Interviewguide	48
Bilag 11: Brev med de seks forandringsforslag.....	54
Bilag 12: Retningslinjer for transskribering	56
Bilag 13: Informeret samtykke og samtykkeerklæring	57
Bilag 14: Test for effektmodifikation.....	59
Bilag 15: Test for confounding.....	60
Bilag 16: Syntax og output for Cronbach alpha og faktoranalyse.....	61
Bilag 17: Cronbach alpha og faktoranalyse.....	73
Bilag 18: Syntax og output for <i>WHO-5</i> med gruppering ved 50.....	75
Bilag 19: Analyse af interview	77
Bilag 20: Syntax for de statistiske analyser	82
Bilag 21: Output for de statistiske analyser	112
Referenceliste	572