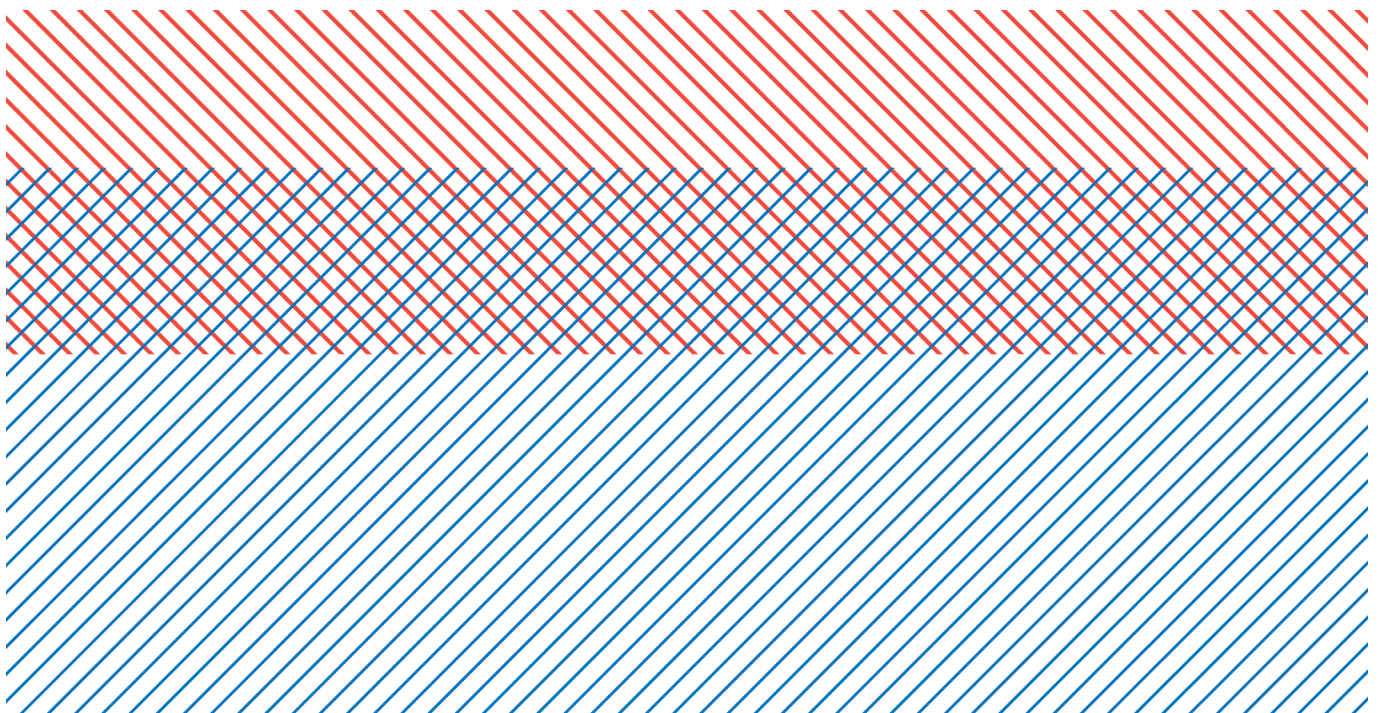


# Evaluering af Lær at tackle job og sygdom

Et randomiseret kontrolleret studie af beskæftigelseseffekten



*Evaluering af Lær at tackle job og sygdom – Et randomiseret  
kontrolleret studie af beskæftigelseseffekten*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-638-2

Projekt: 100038

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

I denne rapport præsenteres en evaluering af beskæftigelseseffekter af patientkurset *Lær at tackle job og sygdom*, som VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd har gennemført for Komiteen for Sundhedsoplysning og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. *Lær at tackle job og sygdom* er en mestringsindsats for personer med langvarigt sygefravær på grund af fysiske eller psykiske lidelser. Rapportens formål er at effektmåle, i hvilken grad kurset bidrager til, at kursisterne vender hurtigere tilbage til arbejde. Undersøgelsen er baseret på registeroplysninger og spørgeskemadata om 568 borgere fra Albertslund, Egedal, Esbjerg, Fredericia, Frederikshavn, Frederikssund, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk, Gribskov, Guldborgsund, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Hjørring, Ikast-Brande, Jammerbugt, Køge, Lejre, Nordfyns, Odense, Rebild, Ringsted, Skanderborg, Slagelse, Vesthimmerland og Aalborg Kommuner.

*Lisbeth Pedersen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og Ældre  
2018

# Indhold

1	Sammenfatning .....	5
1.1	Formål .....	5
1.2	Metode .....	5
1.3	Resultater .....	6
1.4	Anbefalinger .....	7
2	Evalueringsdesign .....	8
2.1	Indsats .....	8
2.2	Evaluering af lignende mestringskursus .....	9
2.3	Rekruttering .....	9
2.4	Allokering til indsats .....	12
2.5	Afholdelse af indsats .....	13
2.6	Dataudvælgelse og -beskrivelse .....	14
2.7	Balance .....	21
3	Resultater .....	26
3.1	Overlevelsesanalyse .....	26
3.2	Regressionsanalyse .....	29
3.3	Ventetid og beskæftigelseseffekt .....	31
3.4	Self-efficacy og beskæftigelseseffekt .....	37
3.5	Mekanismanalyse .....	40
4	Robusthed .....	45
5	Diskussion .....	52
6	Bilag .....	53
6.1	Supplerende figurer og tabeller .....	53
6.2	Risikofaktoranalyse .....	56
6.3	Beskrivelse af variabler .....	60
	Litteratur .....	64

# 1 Sammenfatning

## 1.1 Formål

Formålet med denne rapport er at måle beskæftigelseseffekterne af *Lær at tackle job og sygdom* (LTJS). I effektevalueringen fokuseres på borgere med langvarigt sygefravær, som hovedsageligt er sygemeldt fra job, og som har mindre god prognose for at vende tilbage til arbejde. Evalueringen afdækker, om borgerne, der deltager i LTJS ved siden af de sædvanlige tilbud, vender hurtigere tilbage til arbejde, end hvis de ikke havde deltaget i kurset.

## 1.2 Metode

LTJS er en kortvarigt mestringsindsats, der består af 15 timer undervisning fordelt på 6 uger. Undervisningen gennemføres af to frivillige instruktører. Kurset sigter først og fremmest mod at lære den enkelte borger selv at mestre sin sygdom samt at tilegne sig redskaber til at kunne vende tilbage til arbejdet.

Undersøgelsen inkluderer i alt 568 personer. Vores udfaldsvariable er beregnet på baggrund af data fra DREAM-register. Desuden anvender vores effektmåling baseline-spørgeskema indsamlet af Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi, Aarhus Universitet (EPoS) til at øge den statistiske styrke af vores estimationer og til at undersøge effekt-mekanismen.

Det metodiske grundlag for effektevalueringen er et randomiseret eksperiment, hvor tre femtedele af borgerne fra de tilmeldte kommunale jobcentre fik adgang til kurset, mens de øvrige to femtedele modtog de sædvanlige kommunale tilbud.<sup>1</sup>

Vi estimerer effekten af LTJS på ordinær beskæftigelse og modtagelse af sygedagpenge mv., efter at borgere er blevet randomiseret til kurset eller til kontrolgruppen.

Identifikationen kommer fra, at kursister bliver rekrutterede til LTJS ved lodtrækning. Vi anvender regressionsanalyse og overlevelsesanalyse til at beregne effekten af LTJS. De beregnede effekter skal fortolkes som *Intent-to-Treat (ITT)* effekter, og måler betydningen for beskæftigelse ved at blive optaget på kursus mellem randomisering og op til 81 uger efter dette tidspunkt.

På grund af, at nogle kommuner rekrutterede deltagerne over flere uger, er der også mange kursister der skulle vente i lang tid fra det tidspunkt kursusinvitationen blev sent til dem og indtil det tidspunkt, kurset gik i gang. Derfor skal de afrapporterede beskæftigelseseffekter af interventionen (*Average Treatment Effekt på engelsk*) fortolkes som den samlede indvirkning af motivationseffekten af kursusinvitationen og indsatsens behandlingseffekt.

Personerne, som bliver optaget på et "mestringskursus", kan som følge heraf, udsætte deres tilbagevenden til arbejde, i tiden inden de er færdig med indsatsen. Lange ventetider kan forstærke en sådan *anticipation*-effekt og neutralisere behandlingseffekten på beskæftigelse. Stikprøven omfatter stor variation i, hvor lang tid der går for de enkelte borgere mellem kursusoptagelse og kursusstart. For borgere, som blev rekrutteret kort før kurset gik i gang, består den samlede effekt primært af

---

<sup>1</sup> Projektet er anmeldt til den regionale Videnskabsetiske Komité, og protokolens registreringsnummer i ClinicalTrials.gov er NCT02136056.

indsatsens behandlingseffekt. Derfor er det muligt for vores evaluering at identificere betydningen af motivationseffekten for den samlede effekt af LTJS.

Derudover sikrer interventionsdesignet, at kontrolgruppen ikke udsætter deres tilbagevenden til arbejde, efter at de fik at vide, at de ingen plads havde på kurset. Kontrolgruppen blev ikke tilbudt andre kompenserende indsatser, og de fik heller ikke at vide, at de kunne komme på et senere kursushold og blev ikke indskrevet på en venteliste.

Vi undersøger betydningen af deltagernes self-efficacy for den samlede beskæftigelseseffekt af kurset. Afslutningsvis afrapporterer vi helbredseffekter af kurset opdelt på deltageres self-efficacy for at undersøge plausible effekt-mekanismer.

### 1.3 Resultater

*Lær at tackle job og sygdom* øger, i gennemsnit, modtagelse af sygedagpenge mv., og har, i gennemsnit, en negativ, men ikke signifikant, effekt på ordinær beskæftigelse. I løbet af de 81 uger efter at kursisterne blev tildelt plads på kurset, forhøjer LTJS-kursus forbruget af sygedagpenge mv. med 11 % i forhold til kontrolgruppen.

Den negative gennemsnitlige effekt skal tilskrives en stærk negativ motivationseffekt (se Card, Kluge & Weber, 2010) blandt kursister med lang ventetid inden kursusstart. Ser man på betydningen af LTJS for personer med kort ventetid, dvs. effekten af indsatsen uden motivationseffekter, så finder vi, at LTJS har en positiv gennemsnitlig effekt for beskæftigelse. Forskellen i andelen af uger i beskæftigelse stiger, efter kursus er slut og forbliver på omkring 3-3,5 procentpoint for resten af de 81 uger. Effekten er dog kun statistisk signifikant mellem uger 9-26, efter at personen fik plads på kurset, da estimationen bliver mere upræcis i løbet af den sidste del af målperioden.

Ser vi på personer med lang ventetid, finder vi en markant forskel. Efter 81 uger er beskæftigelseseffekten negativ på 5 procentpoint og statistisk signifikant. Samtidig finder vi også, at modtagelse af sygedagpenge mv. i de første 19 uger er 6,5-8,5 procentpoint højere blandt interventionsgruppen end blandt kontrolgruppen. Effekten på sygedagpenge mv. opstår allerede en uge efter allokering til LTJS. Ser vi herefter på hele perioden, finder vi, at sygedagpenge mv. er 8 procentpoint højere blandt interventionsgruppen end blandt kontrolgruppen.

Vi finder også, at effekten af LTJS er meget heterogen i forhold til personens self-efficacy før kurset (ifølge den 6 item udgave af *University of Washington self-efficacy scale* (UW-SES)).<sup>2</sup> Ser vi på personer med lav self-efficacy før kurset, finder vi en stor positiv beskæftigelseseffekt blandt disse, som er kendetegnet for meget lav beskæftigelsesfrekvens. Ser vi herefter på personer med høj self-efficacy, finder vi, at kurset har en negativ effekt for deres tilbagevenden til arbejde.

Afslutningsvis undersøger vi alternative effektmekanismer. Vi finder, at LTJS forhøjer self-efficacy blandt personer med lav self-efficacy. Dette sker, uden at indsatsen ændrer på en række objektive helbredsmål, som fx medicinforbrug eller kontakten med sundhedsvæsenet blandt personer med lav self-efficacy.

---

<sup>2</sup> LTJS-kursus er baseret på social-kognitiv indlæringssteori og begrebet om *self-efficacy*, dvs. tiltroen til, at man kan håndtere sygdommen og dens konsekvenser (Bandura, 2003).

## 1.4 anbefalinger

Anbefalinger på baggrund af vores evaluering af beskæftigelseseffekter af Lær at tackle job og sygdom:

1. Kun personer med lav self-efficacy bør deltage i kurset.
2. Den 6 item udgave af University of Washington Self-efficacy Scale kan anvendes som screeningsværktøj til at målrette indsatsen til de sygemeldte der vil have bedst gavn af det.
3. Betydningen af ventetid bør indtænkes i lignende interventionsdesigns. Interventionsgrupper og venteliste-kontrolgrupper kan påvirkes før indsatser går i gang.

## 2 Evalueringsdesign

I dette afsnit beskriver vi mestringsindsatsen LTJS, rekruttering af målgruppen til evalueringen, implementering af randomiseret allokering til kurset og afgrænsning af stikprøven. Derefter beskrives datakilder og målgruppen opdelt på hhv. allokering til interventionsgruppen og på ventetid til kursusstart. Afslutningsvis beskriver vi data og undersøger balancen mellem kontrolgruppen og indsatsgruppen.

### 2.1 Indsats

LTJS er målrettet langvarigt sygemeldte personer. Kurset er 15 timer langt, fordelt over 6 uger og består af 6 gange 2,5 timers undervisning.

Et bærende teoretisk element i LTJS er den social-kognitive indlæringsteori kaldet self-efficacy, der er udviklet inden for psykologien (Bandura, 2003). *Self-efficacy* er et udtryk for en persons tiltro til egne evner på et givet område, der inden for beskæftigelsesområdet kan forstås som tiltroen til, at man kan håndtere konsekvenser af sygdommen, så man er i stand til at vende tilbage til arbejde.

Undervisningen varetages af to instruktører, der har modtaget et 4-dages instruktørkursus.<sup>3</sup> Mindst en af instruktørerne har langvarig sygdom, og er tidligere sygedagpengemodtager, der har formået at bevare sin tilknytning til arbejdsmarkedet trods langvarig sygdom.

Emner og redskaber, der arbejdes med på kurset er:

- Redskaber til håndtering af fysiske symptomer
- Redskaber til håndtering af psykiske symptomer
- En ny arbejdsidentitet
- En aktiv indsats og dialog med arbejdsgiver, jobcenter og kollegaer
- Kommunikation med familie og venner
- Brug af netværk
- At sætte mål og nå den
- Problemløsning
- Balance mellem aktivitet og hvile

På kurset anvendes forskellige metoder til at forbedre kursisters self-efficacy:

- Tilegnelse af færdigheder til at mestre symptomer, hverdagen og jobsituation
- Revurdering af årsagen til og muligheden for at tackle symptomer
- At spejle sig i positive rollemodeller (instruktørerne)
- Samarbejde og gruppedynamik

En vigtig del af kurset er formulering og løbende evaluering af ugentlige handleplaner, udveksling af erfaringer og at hinanden med at løse problemer. Handleplanerne omfatter håndgribelige målsætninger for håndtering af sygdommen, såvel som tilbagevenden til arbejde.

---

<sup>3</sup> Instruktører, der allerede er uddannede instruktører i et af de generelle programmer *Lær at leve med kronisk sygdom* eller *Lær at leve med angst og depression* gennemfører kun 2 dages videreuddannelse.



## 2.2 Evaluering af lignende mestringskursus

Indholdet af LTJS er et resultat af videreudvikling af eksisterende patientuddannelser for kronisk syge personer (*Lær at leve med kronisk sygdom*, *Lær at tackle kroniske smerter*), og for personer med symptomer på angst og depression (*Lær at tackle angst og depression*). Lær at tackle-modellen er målrettet mennesker med kroniske eller langvarige lidelser, såsom smerter, angst, depression, diabetes eller hjertesygdom. Lær at tackle angst og depression, Lær at tackle kroniske smerter og Lær at tackle kronisk sygdom er de danske versioner af programmerne *Chronic Pain Self-Management* og *Chronic Disease Self-management* udviklet i School of Medicine ved Stanford University (Lorig et al. 1999, 2001, 2014).

I 2012 blev der gennemført en evaluering af *Lær at tackle kroniske smerter* (Mehlsen et al., 2012). Evalueringen fandt en positiv effekt på symptomer og sygdomsopfattelse, lige efter at kurset var afsluttet, men forskellen mellem kontrolgruppe og interventionsgruppe forsvandt ret hurtigt. Mehlsen m.fl. undersøgte ikke betydningen for beskæftigelse i evalueringen af indsatsen *Lær at tackle kroniske smerter*.

Der findes også effektevaluering af *Lær at leve med kronisk sygdom* (Marthedal et al., 2011). Deltagere opnåede 3-4 måneder efter kurset en positiv effekt på helbred samt mestring. Det er ikke blevet undersøgt, hvorvidt *Lær at leve med kronisk sygdom* har haft noget betydning for beskæftigelse.

Der findes også et randomiserede kontrolleret forsøgsstudie om *Lær at tackle angst og depression* (Christensen og Mehlsen, 2016). Denne undersøgelse viser positive signifikante effekter på symptomer på angst, symptomer på depression og self-efficacy, 5 måneder efter kurset.

## 2.3 Rekruttering

Der blev foretaget styrkeberegning inspireret på eksisterende beskæftigelseeffektevidens af "tilbage-til-arbejde-indsatser" for sygemeldte personer (se Palmer et al., 2012). Meta-analysen af Palmer et al. finder, at "tilbage-til-arbejde-indsatser" for sygemeldte har en beskæftigelseeffekt, som svarer til en median relativ *risk* på 1,21.

I denne evaluering blev der derfor planlagt en inklusion af 30 jobcentre, som hver skulle gennemføre to kurser med 10-16 deltagere. Med en 60-40 % randomisering ville det kunne opnås med mellem 600 og 900 deltagere i interventionsgruppen og med mellem 400 og 600 deltagere i kontrolgruppen. Styrkeberegningen pegede på, at ved 12 deltagere pr. kursus, vil kunne man med 80 % sandsynlighed være i stand til at identificere en effekt med en relativ *risk* på 1,16.

Ved tidspunktet for udarbejdelse af protokollen blev det vurderet, at de fleste mellemstore kommuner ville kunne gennemføre to gruppebaserede interventioner årligt, og man anslog, at ca. 30 kommuner ville deltage. Men erfaringer fra et indledende pilotprojekt har dog vist, at personer med kortere sygefravær ikke var motiverede til at deltage frivilligt i en mestringsindsats, og samarbejdet mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet var ofte mere vanskeligt end forventet, og derfor var det vanskeligt at få de nødvendige 50 deltagere pr. kommunale jobcenter.

I samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning (KS) blev der udarbejdet informationsmateriale, som tilbød alle kommuner i landet at deltage i afprøvninger af kurset. Alle de kommuner, der var

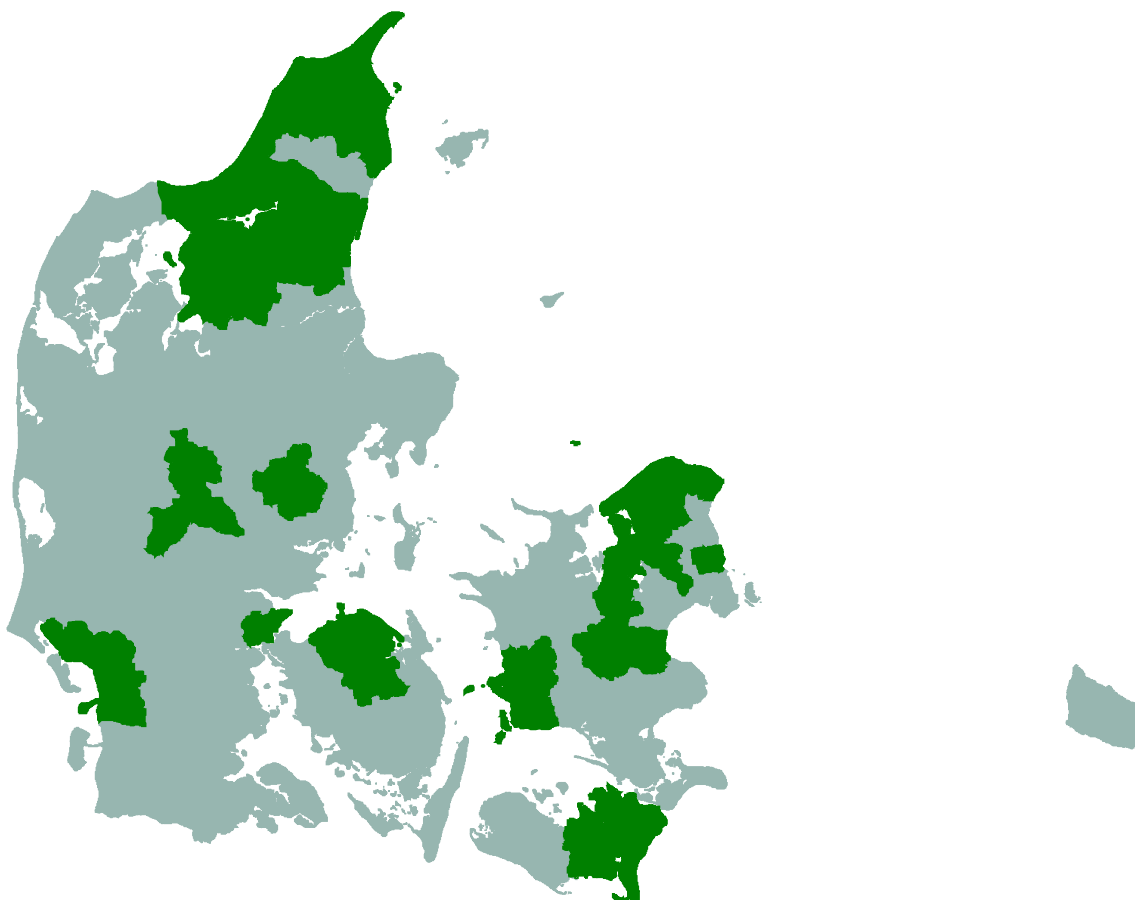
interesseret i at deltage i projektet, fik tilbudt at få op til 4 instruktører uddannet gratis. I hver kommune blev der udpeget en koordinator, som regel fra sundhedsområdet, men i tæt samarbejde med beskæftigelsesområdet, herunder jobcentret.

Der blev til sidst oprettet i alt 44 kursushold i 27 kommuner (for fordeling af hold, se tabel 2.1): Albertslund, Egedal, Esbjerg, Fredericia, Frederiksberg, Frederikshavn, Frederikssund, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk, Gribskov, Guldborgsund, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Hjørring, Ikast-Brande, Jammerbugt, Køge, Lejre, Nordfyns, Odense, Rebild, Ringsted, Skanderborg, Slagelse, Vesthimmerland og Aalborg Kommuner.

Albertslund, Frederikshavn, Gentofte, Gladsaxe/Lyngby-Taarbæk, Hjørring, Ikast-Brande, Køge, Lejre og Nordfyns Kommuner oprettede hver for sig et kursushold og en kontrolgruppe, mens Egedal, Esbjerg, Fredericia, Frederikssund, Gribskov, Guldborgsund, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Jammerbugt, Odense, Rebild, Ringsted, Skanderborg, Slagelse, Vesthimmerland og Aalborg Kommuner bidrog til evalueringen med to kursushold og to kontrolgrupper (se tabel 2.1).

6 kommuner (Haderslev, Kalundborg, Kerteminde, Syddjurs, Ærø og Sønderborg) var tilmeldt evalueringsprojektet men udgik af evalueringen på grund af manglende deltagere. Der var også flere kommuner som deltog i evalueringen, der måtte opgive at gennemføre med 2 hold og var nødt til kun at implementere et hold.

**Figur 2.1** Geografisk placering af deltagende kommuner



Note: Egne beregninger. Deltagende kommuner i mørkegrøn.

Borgerne deltog frivilligt i projektet, og fravær fra LTJS måtte ikke have konsekvens for sygedagpengeydelsen.

Der blev rekrutteret borgere, som havde været sygemeldt mellem 6 og 19 uger. Det var afgørende for inklusionen, at de borgere, der skulle rekrutteres til LTJS, enten havde et kronisk eller et forventet langvarigt sygdomsforløb. Derfor tilbød jobcentrene kun deltagelse til sygemeldte borgere, der ved deres første samtale blev visiteret til kategori 2: "Sager med længerevarende, men forudsigelige forløb" eller kategori 3: "Sygemeldte med komplekse problemer". Disse kategorier udgør tilsammen 40 % af sagerne (Høgelund et al., 2008).<sup>4</sup> De borgere, der slet ikke nåede at blive visiteret, skulle heller ikke rekrutteres.

Borgerne blev rekrutteret på jobcentrene i de enkelte kommuner af jobkonsulenter eller sagsbehandlere. Jobcentrene rekrutterede borgere på den første opfølgningssamtale (inden udgangen af 8. uge) eller på den anden opfølgningssamtale (inden udgangen af 12. uge). Samtalen blev afholdt af enten en jobkonsulent, sagsbehandler eller en sundhedsmedarbejder.

I løbet af opfølgningssamtalen blev borgeren informeret om indhold og forløb af kurset. Samtidig blev målgruppen også orienteret om, at tilbuddet var en del af et evalueringsprojekt. Målgruppen blev ved samtalen orienteret om, at deltagelse i LTJS-evaluering var frivillig, og at det ingen betydning havde for modtagelsen af sygedagpengeydelse. Endelig blev målgruppen orienteret om, at pladserne på LTJS ville blive fordelt ved lodtrækning.<sup>5</sup> Kurset blev udelukkende tilbudt som et frivilligt supplement til jobcentrets øvrige aktiviteter.

Som supplement kunne deltagere rekrutteres blandt den målgruppe, der var tilknyttet de sundhedscentre, der samarbejder med jobcentrene. Rekruttering kunne også ske, ved at jobcentret i samarbejde med sundhedscentret iværksatte annoncering i lokale medier og ved opslag. Ved begge rekrutteringsmåder blev der udleveret brochurer til de borgere, der var interesserede, inden de skulle tage endeligt stilling til deres deltagelse. Der blev også tilbudt uddybende mundtlig information fra jobcentrets koordinerende medarbejder.

Sagsbehandlere og jobkonsulenter, som modtog personer med kroniske eller forventet langvarigt sygdomsforløb, blev uddannet af KFS i at visitere til LTJS. Boks 2.1 angiver inklusionskriterier for indsatsen.

---

<sup>4</sup> Kategori 2 udgør 24 %, og kategori 3 udgør 14 % af alle visiterede sager (Høgelund et al., 2008).

<sup>5</sup> For mere information om rekruttering til LTJS-kurset, se Frederiksen et al. (2018).

## Boks 2.1 Inklusionskriterier for rekruttering til Lær at tackle job og sygdom

- Personen modtager sygedagpenge
- Personens helbredsproblem forventes at være langvarigt
- Personen har været sygemeldt mellem 6 og 19 uger
- Personen er visiteret af jobcentret til kategori 2 ("Sager med længerevarende, men forudsigelige forløb")
- Personen er visiteret af jobcentret til kategori 3 ("Sygemeldte med komplekse problemer")
- Personen er over 18 år
- Personen taler og forstår dansk
- Personen er rekrutteret på den første eller den anden opfølgningssamtale
- Personen har erkendelse af et langvarigt helbredsproblem
- Personen ønsker at arbejde aktivt med sin sygdom/tilstand og med sin jobsituation
- Personen medvirker frivilligt
- Personen er oprindeligt sygemeldt fra job, men kan sidenhen være opsagt
- Personen kan være sygemeldt fra ledighed, løntilskud eller fleksjob
- Personen udviser ikke fysiske problemstillinger, der hindrer deltagelse i kurset
- Personen udviser ikke tegn på aggressiv adfærd
- Personen udviser ikke andre psykiske problemstillinger, der hindrer deltagelse i kurset

De borgere, der ønskede at deltage i projektevaluering af LTJS, skulle udfylde et stamkort og en samtykkeerklæring og sende disse til EPoS. Derefter blev baseline-spørgeskemaet udfyldt enten elektronisk eller på papir, hvis borgere ønskede svar på papir. I baseline-spørgeskemaet, blev alle rekrutterede borgere spurgt til demografiske forhold, uddannelse og job, sygdomme, medicinforbrug, psykisk velbefindende og tilfredshed (5 items + 2 generelle items, se Bech et al. 2003; Bech, 2012, Noerholm et al., 2004), psykisk belastning, angst og depressionssymptomer, mestring af sygdom (self-efficacy), kognitive strategier til at håndtere sygdom, sygdomsopfattelse, arbejdsevne, forventninger og motivation ved at vende tilbage til arbejde.

Måltidspunktet for baseline-spørgeskema sikrer, at personens besvarelse ikke er påvirket af borgernes viden om, hvorvidt han/hun havde fået plads på kurset eller ej. Vi bruger baseline-spørgeskemaoplysninger til tre forskellige formål. Først øger vi den statistiske styrke af vores effektmåling ved at inkludere nogle få af disse spørgeskemaer, som er højest korreleret med beskæftigelse og sygedagpenge mv. (se afsnit 3.1). Vi anvender også baseline-spørgeskema til at undersøge balancen mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen. Til sidst bruger vi de spørgeskemaoplysninger tættest forbundet med indholdet af LTJS-kursus til at undersøge heterogenitet af effekter.

## 2.4 Allokering til indsats

Når en projektansvarlig fra EPoS modtog stamkort, samtykkeerklæring, samt det udfyldte spørgeskema, blev der løbende trukket lod om, hvorvidt borgeren blev tildelt plads på et LTJS-kursus eller ej, efter fordelingsnøglen 60 kursister/40 kontroldeleagere. Den projektansvarlige registrerede randomiseringsdato og lodtrækningsresultatet og gav besked til koordinatoren på LTJS om lodtrækningens udfald. Denne allokeringprocedure er meget robust for sagsbehandlernes muligheder i

forhold til at ignorere lodtrækningsresultatet. Vores evidens om balancen bekræfter, at interventionsgruppen og kontrolgruppen er meget ens i en lang række karakteristika målt lige inden allokering.

Det var koordinatoren, som sørgede for indkaldelse til og gennemførelse af kurset samt at kommunikere afslag til de borgere, der ikke fik plads på kurset. De enkelte sagsbehandlere havde derfor meget begrænsede muligheder for at ignorere allokeringsproceduren, da dette var koordinators ansvar.

I nogle få tilfælde (ca. 5-10 personer) blev deltagerne rekrutteret meget sent, det vil sige lige i starten af LTJS-kurset. Disse borgere blev opfordret til at udfylde samtykkeerklæring ved det første møde og udfyldte spørgeskema hurtigst muligt derefter – gerne samme dag.

Kontrolgruppen kunne modtage de sædvanlige tilbud fra jobcentret. Det blev understreget over for koordinatoren, at borgere, som kom i kontrolgruppen, ikke skulle informeres om nye kurser. De måtte heller ikke få at vide, at de kunne komme på et senere kursus eller blive skrevet på en venteliste. Hvis nogen ønskede det, måtte de selv henvende sig til koordinatoren efter ca. 6 måneder, efter den sidste borger i holdet blev randomiseret til interventionsgruppe eller til kontrolgruppe. 6 måneder efter LTJS blev kontrolgruppen også interviewet, og en del havde i perioden deltaget i andre Lær at tackle-kurser: 5 kontroldeltagere angav at have deltaget i *Lær at leve med kronisk sygdom*, 18 angav at have deltaget i *Lær at leve med kroniske smerter*, og 12 angav at have deltaget i *Lær at tackle angst og depression*. I alt har 35 i kontrolgruppen deltaget i et andet *Lær at tackle*-kursus.

EPoS' projektansvarlige registrerede datoen, når borger blev randomiseret til kurset eller kontrolgruppen. Kort tid efter vil borger få at vide, hvis vedkommende er blevet optaget til indsatsen eller ej, og det kan ændre borgerens adfærd i forhold til at vende tilbage til arbejde. For eksempel kan personer med høje forventninger om LTJS udskyde deres tilbagevenden, indtil de har færdiggjort kurset.

På grund af mangel på deltagere, har nogle kommuner brugt meget mere tid end andre til at rekruttere kursister og kontroldeltagere. 63 % af deltagerne blev allokert til kursus eller kontrolgruppe inden for 2 uger fra den sidste person på holdet blev randomiseret. Men for nogle kommuner var det svært at færdiggøre holdrekrutteringen, og nogle af deres borgere skulle vente længe, inden de kunne gå i gang med kurset. I vores stikprøve er der 20 % af deltagerne, der skulle vente mere end én måned inden resten af deres hold blev færdigallokeret til indsatsen eller kontrolgruppen.

Personerne, som bliver optaget på et mestringskursus, kan udsætte deres tilbagevenden til arbejde på grund af den tid det tager at vente på kursusstart og selve kursusdeltagelsen. Lange ventetider kan forstærke den forventede effekt i sådant omfang, at den samlede beskæftigelseseffekt kan neutraliseres eller domineres af motivationseffekt.

Desværre, blev datoen for kursusstart ikke registreret. Men da kurset ikke kunne begynde før den sidste borger blev randomiseret, og kursusstart var kort efter dette tidspunkt, bruger vi derfor denne dato som et skøn for, hvornår kurset begyndte, og hvor lang tid deltagerne skulle vente, fra de blev allokert og indtil den sidste deltager blev randomiseret.

## 2.5 Afholdelse af indsats

Kurserne blev afholdt kort efter rekrutteringen var færdig (primær i 2015) (se tabel 2.1). Der skulle optimalt være 15 kursister, men kommunerne forvaltede selv, om de ville starte kursus op inden for en ramme på 10 til 16 kursister. Hvis ikke rammen kunne opfyldes, skulle KS eller EPoS kontaktes,

idet der kunne gives tilladelse til opstart af kurser med minimum 8 personer. Der var stor variation i tilmeldingen af borgere til LTJS-evaluering på tværs af kommuner, hvilket betød, at de enkelte hold varierede ret meget i både størrelse, og i hvor lang tid der blev brugt til at rekruttere alle deltagerene. I gennemsnit var der 14 deltagere pr. hold, som skulle vente ca. 19 dage i gennemsnit.

Forløbet varede 15 timer og var fordelt over 6 uger med seks gange 2,5 timers undervisning, dog i visse tilfælde lidt længere på grund af ferie, helligdage mv. En uge efter kursets afslutning blev kursisterne interviewet vedrørende blandt andet deres deltagelse. 73 % af kursisterne besvarede spørgsmålene. Det gennemsnitlige fravær var 1,3 ud af 6 mødedage, hvor 10 % havde været fraværende mere end 2 sessioner. Der var 7 personer i vores indsatsgruppen (3% af kursisterne), der svarede, at de ikke havde deltaget i kurset. Vi undersøgte nærmere, hvorvidt de fraværende kursister var de samme, som på baseline-spørgeskemaet havde svaret, at de havde arbejde, men vi finder ingen evidens for, at fravær kan forklares ved deres jobsituation ved baseline-tidspunktet. Vi undersøgte også, hvorvidt ikke-deltagelse på kurset kunne forklares ved, at de havde fundet et job, mens de ventede på holddannelse, og vi kan heller ikke finde tegn på det i vores data.<sup>6</sup>

Kursisterne var gennemgående tilfredse med instruktørerne og kurset, og størstedelen af kursisterne vil anbefale LTJS til andre langvarigt sygemeldte. 56,5 % angav endvidere, at kurset passede til deres behov, og 32 % rapporterede, at kurset kun i nogen grad passede til deres behov.

## 2.6 Dataudvælgelse og -beskrivelse

Oplysningerne om borgerne stammer fra to datakilder: DREAM-register og baseline-spørgeskema indsamlet af EPoS, Aarhus Universitet. DREAM-databasen indeholder forbrug af forsørgelsesydelse, beskæftigelsesoplysninger og andre grundlæggende personoplysninger (se STAR, 2017). Anvendelse af registerdata betyder, at 12 deltagere inkluderet i evalueringen af helbredseffekt (se Frederiksen et al., 2018) blev fravalgt vores undersøgelse, fordi deres cpr-nummer ikke kunne matches med DREAM-registeret.<sup>7</sup> Tabel 2.1 viser vores stikprøver opdelt på kurser og deltagerstatus.

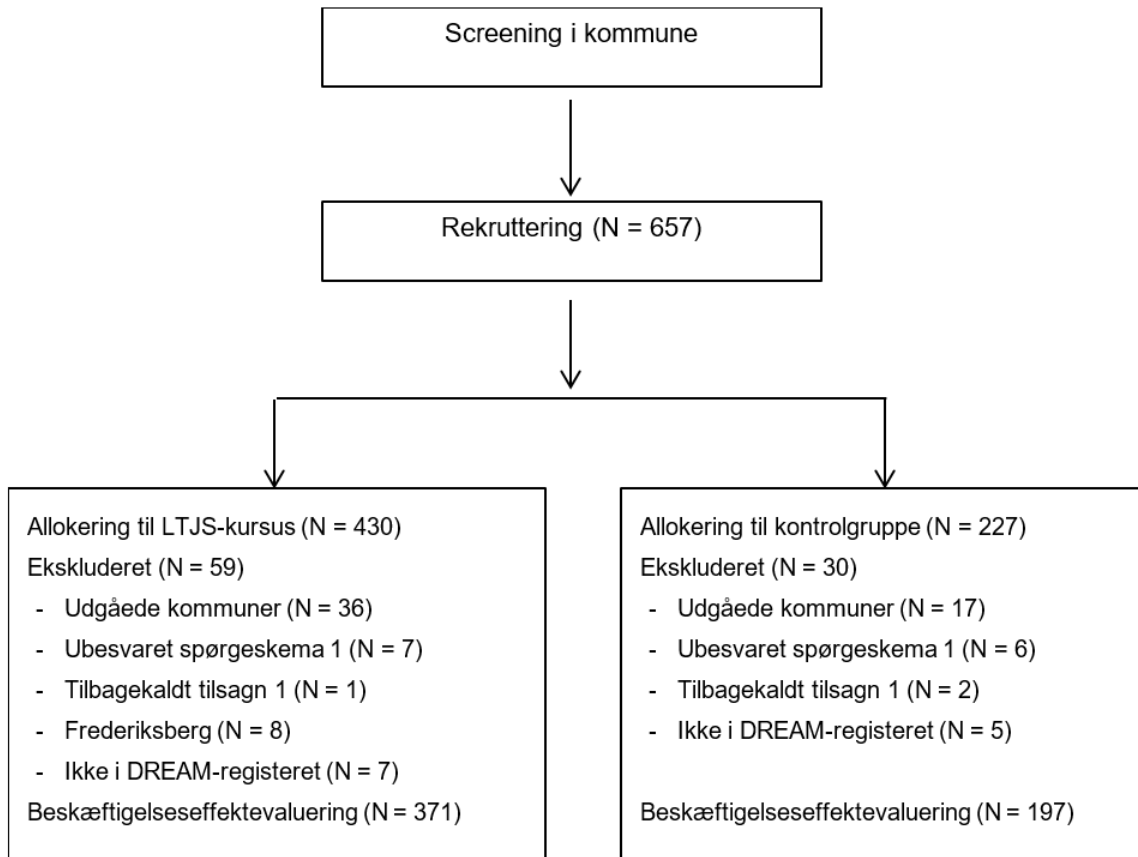
Figur 2.2 viser afgrænsningen af vores stikprøve. I alt 657 borgere, der gik igennem screening i de deltagende kommuner, blev randomiseret og fordelt med 430 på LTJS og 227 i kontrolgruppen. 36 borgere allokeret til LTJS og 17 borgere allokeret til kontrolgruppe måtte ikke deltage i evalueringen på grund af mangelfuld rekruttering i deres kommuner. 7 personer allokeret til kursus og 6 personer allokeret til kontrolgruppe blev ekskluderet på grund af manglende besvarelse på baseline-spørgeskema. 1 borger fordelt til LTJS og 2 borgere fordelt til kontrol tilbagekaldte deres tilsagn om deltagelse. 8 borgere fra Frederiksberg er ekskluderet på grund af manglende kontrolgruppe. Desuden har vi fravalgt 7 borgere allokeret til interventionsgruppe og 5 borgere allokeret til kontrolgruppe, fordi deres oplyste cpr-numre ikke kunne tilknyttes DREAM-registeret. I alt ekskluderer vi 88 borgere fra vores effektevaluering, hvor størstedelen (60 borgere) er ekskluderet blokvis enten på grund af udgåede kommuner eller manglende kontrolgruppe. Det har kun betydning for styrken af vores statistiske analyse og dermed ikke for identifikationen. Endelig blev 197 kontroldeleger og 371 kursister fra 26 danske kommuner anvendt til vores evaluering af beskæftigelseseffekter.

---

<sup>6</sup> Regressionsresultaterne for disse analyser kan fremsendes ved henvendelse.

<sup>7</sup> Konkret drejer det sig om en person fra Egedal, en fra Esbjerg, en fra Gentofte, to fra Guldborgsund, en fra Helsingør, to fra Hillerød, en fra Ringsted, en fra Skanderborg og to fra Aalborg Kommuner.

**Figur 2.2** Dataudvælgelse



**Tabel 2.1** Holdenes rekrutteringsperiode, kontrolledtagere og kursusledtagere

Hold	Rekrutteringsperiode	Kontrol	LTJS	I alt
Albertslund	17. Sept. 2015 – 11. Feb. 2016	4	9	13
Egedal 1	25. Feb. 2015 – 10. Mar. 2015	4	7	11
Egedal 2	16. Mar. 2015 – 20. Maj 2015	4	7	11
Esbjerg 1	20. Jan. 2015 – 4. Mar. 2015	6	13	19
Esbjerg 2	27. Apr. 2015 – 30. Apr. 2015	5	7	12
Fredericia 1	3. Nov. 2014 – 3. Dec. 2014	5	13	18
Fredericia 2	3. Feb. 2015 – 13. Apr. 2015	4	9	13
Frederikshavn	17. Sep. 2015 – 1. Okt. 2015	3	5	8
Frederikssund 1	13. Apr. 2015 – 20. Maj 2015	7	12	19
Frederikssund 2	10. Okt. 2015 – 30. Okt. 2015	4	7	11
Gentofte	30. Jul. 2015 – 22. Okt. 2015	5	9	14
Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk	30. Jan. 2015 – 27. Apr. 2015	3	11	14
Gribskov 1	8. Apr. 2015 – 14. Apr. 2015	6	9	15
Gribskov 2	28. Aug. 2015 – 15. Sep. 2015	3	8	11
Guldborgsund 1	30. Jul. 2015 – 24. Aug. 2015	8	12	20
Guldborgsund 2	24. Aug. 2015 – 20. Okt. 2015	6	9	15
Halsnæs 1	6. Feb. 2015 – 19. Mar. 2015	5	11	16
Halsnæs 2	25. Mar. 2015 – 30. Jul. 2015	4	6	10
Helsingør 1	28. Jan. 2015 – 13. Feb. 2015	4	5	9
Helsingør 2	29. Apr. 2015 – 26. Maj 2015	2	7	9
Hillerød 1	20. Maj 2015 – 26. Maj 2015	4	7	11
Hillerød 2	24. Jun. 2015 – 24. Aug. 2015	4	9	13
Hjørring	2. Nov. 2015 – 16. Nov. 2015	9	16	25
Ikast-Brande	11. Dec. 2014 – 19. Mar. 2015	5	5	10
Jammerbugt 1	5. Feb. 2015 – 12. Mar. 2015	4	7	11
Jammerbugt 2	26. Mar. 2015 – 26. Maj 2015	5	9	14
Køge	6. Feb. 2015 – 20. Feb. 2015	7	9	16
Lejre	15. Apr. 2015 – 23. Apr. 2015	4	7	11
Nordfyns	5. Feb. 2015 – 10. Mar. 2015	4	9	13
Odense 1	16. Jan. 2015 – 2. Mar. 2015	7	13	20
Odense 2	19. Mar. 2015 – 19. Maj 2015	9	14	23
Rebild 1	31. Okt. 2014 – 12. Nov. 2014	6	11	17
Rebild 2	18. Dec. 2014 – 18. Feb. 2015	1	9	10
Ringsted 1	24. Feb. 2015 – 3. Mar. 2015	3	4	7
Ringsted 2	23. Apr. 2015 – 4. Maj 2015	3	6	9
Skanderborg 1	9. Feb. 2015 – 20. Maj 2015	4	11	15
Skanderborg 2	19. Jun. 2015 – 4. Dec. 2015	7	9	16
Slagelse 1	16. Jan. 2015 – 29. Jan. 2015	4	7	11
Slagelse 2	24. Feb. 2015 – 26. Mar. 2015	3	6	9
Vesthimmerland 1	26. Feb. 2015 – 20. Maj 2015	4	7	11
Vesthimmerland 2	22. Jul. 2015 – 30. Sep. 2015	4	7	11
Aalborg 1	4. Maj 2015 – 3. Jul. 2015	1	5	6
Aalborg 2	3. Jul. 2015 – 7. Jul. 2015	3	8	11
I alt	31. Okt. 2014 – 11. Feb. 2016	197	371	568



I tabel 2.2 vises beskrivende statistik for stikprøven samt opdeling på allokering til interventionsgruppen (LTJS) og kontrolgruppe (Kontrol). Tabellen viser også beskrivende statistik for stikprøven opdelt på, hvorvidt deltagere blev randomiseret mindre end 7 dage før den dag, den sidste holddeltager blev randomiseret (Kort ventetid), eller deltagere blev allokering til indsats eller til kontrolgruppe mindst 7 dage fra den sidste allokering i holdet. Tabellen viser også **gennemsnitlige værdier opdelt på deltageres self-efficacy målt inden allokering.**

Gennemsnitsalderen for deltagere var 47 år, men aldersspredningen var stor. Den yngste deltager blandt vores stikprøve var 21 år, og den ældste deltager var 71 år gammel. Tre fjerdedele af deltagerne var kvinder, og tre fjerdedele af deltagerne var gift, samlevende eller i et forhold. Lige over 50 % af deltagerne boede sammen med et eller flere af deres børn, og lidt over halvdelen havde en videregående uddannelse. Omkring 40 % af deltagerne var ansat i den offentlige servicesektor (fx sundheds- og socialvæsen, uddannelse, undervisning og forskning) eller den offentlige administration. To tredjedele af deltagerne var lønmodtagere uden offentligt tilskud eller var selvstændigt erhvervsdrivende. Ser vi på beskæftigelsesudvikling inden for de sidste år inden allokering, kan vi konstatere, at målgruppens beskæftigelsesfrekvens ligger ret stabilt omkring 60-65 % mellem to år og 6 måneder før allokeringstidspunktet.

Målgruppen for LTJS er en meget heterogen gruppe af borgere, hvor årsagen til sygemelding for de flestes vedkommende, 60 %, er direkte relateret til deres arbejde. Knap 50 % af de sygemeldte borgere svarede, at deres sygefravær havde psykiske årsager (fx stress, angst eller depression). Ser vi på udviklingen i forbrug af ydelser forbundet med sygedagpenge, ser vi, at deltagere have modtaget den slags forsørgelsesydelse, i gennemsnit, omkring 12 % mellem 2 år og 26 uger før allokering til LTJS. Bagefter stiger sygedagpenge mv. op til omkring 89 % inden allokering.

Ser vi herefter på personens symptomer, så oplever deltagerne, i gennemsnit, smerter på niveau 4,7 på en 10-punktsskala, træthed på niveau 6,5 og stakåndethed på niveau 2,7. Kigger vi på personens overordnede søvnkvalitet i løbet af den seneste måned, angiver deltagere, at de ikke sover særlig godt (4,1 niveau i gennemsnit på en 10-punktsskala).

Ser man på, hvor meget deltagere kontakter sundhedssystemet inden for de seneste 2 måneder før allokering, så er det godt 61-65 % af de sygemeldte, hvor deres læge har ordineret receptpligtig medicin. Heraf er andelen 46 %, hvor det drejer sig om receptpligtig smertestillende medicin. Men målgruppen forbruger smertestillende i meget høj grad, da omkring 78 % af de sygemeldte får den slags medicin i håndkøb. Ser vi på antallet af kontakter med forskellige læger, så har deltagerne haft kontakt med praktiserende læge 3 gange i gennemsnit, 1,5 gange med en psykolog, 2,1 gang med en fysioterapeut og 0,2 kontakt med skadestue eller akut modtagelse. Hvis vi ser på, hvor mange gange deltagere er blevet indlagt på sygehus, så er det knap 0,3 gange i gennemsnit.

Ser man på, hvordan borgerne opfatter deres sygdom og symptomer, er der meget variation i stikprøven og tydelige tegn på, at deltagerne er ramt af både fysiske og psykiske symptomer. For eksempel har de, i gennemsnit, et CMDQ (*Common Mental Disorders Questionnaire*) (Christensen et al., 2005) score på omkring 8 ud af en 24-punkts skala i depression, og et CMDQ score på 17 ud af en 47-punktsskala i fysiske symptomer.

Ser vi herefter på sygdomsopfattelser målt med *Brief Illness Perception Questionnaire* (BIPQ) (Broadbent et al., 2006), peger de sygemeldte blandt andre oplevelser på, at de er ret påvirket af deres sygdom (niveau 7,7 på en 10-punktsskala), at de oplever ret alvorlige symptomer (niveau 7,1), at de føler, at de ikke har så meget kontrol over sygdommen (niveau 3,0 på en 10-punktsskala), eller at deres sygdom påvirker dem meget følelsesmæssigt (niveau 7,3).

Ser man på, i hvor høj grad deltagerne er begrænset til forskellige aktiviteter i dagligdagen, så kan vi se, at de især er begrænset til krævende aktiviteter (niveau 6,5 på en 10-punktsskala), mens de er mindre begrænset til at foretage sig lettere aktiviteter. Ser vi herefter på, i hvor høj grad deltagere var god til at mestre deres sygdom inden LTJS, så er det gennemsnitlige self-efficacy (målt med UW-SES) omkring 11- på en 24-punktsskala.

Ser vi på indikatorerne for helbredstilfredshed og trivsel, så er de ret lave. Det er ikke overraskende, at de sygemeldtes selv vurdering af erhvervsevne er under halvdelen af den fulde arbejdssevne.<sup>8</sup>

Med denne lave helbredsselvopfattelse er det ikke overraskende, at deltageres forventninger til tilbagevenden til arbejde ikke er særlig optimistiske. Sammenligner man de gennemsnitlige værdier af arbejdstimer før sygemelding og de forventede arbejdstimer efter sygemelding, så viser det meget klart, at den pågældende sygdom og symptomer skønnes kraftigt at nedsætte arbejdstiden i fremtiden.

Ser man på den samlede population af deltagere opdelt på, hvorvidt de har kort ventetid til kursusstart (færre end 7 dage mellem egne randomisering og holdets sidste randomiserede borger), eller de har længere ventetid til kursusstart (mindst 7 dage), så er det ret indlysende, at det drejer sig om to meget ens grupper.

De gennemsnitlige værdier for næsten alle risikofaktorer er meget ens. Dette indikerer, at timing for allokering af den enkelte deltager er ret eksogen og tillader os at undersøge betydningen af ventetid for beskæftigelseseffekter af LTJS-kursus.

Ser man på den samlede population af deltagere opdelt på, hvorvidt de har lav self-efficacy (UW-SES mellem 0-10) eller høj self-efficacy (UW-SES mellem 11-24), så ses det, at det drejer sig om to grupper der adskiller sig i nogle variabler (fx beskæftigelse eller arbejdssevne før allokering), men det kan også ses at deltagerne med lav og høj self-efficacy er ret ens i en lang række indikatorer (fx psykisk årsag, arbejdsrelateret sygemelding, eller kontakt til sundhedsvæsenet).

---

<sup>8</sup> Arbejdsskadeloven giver ret til erstatning for tab af erhvervsevne, hvis tilskadekomne efter skaden har et tab af erhvervsevne på mindst 15 %.

**Tabel 2.2** Gennemsnitlige værdier af risikofaktorer opdelt på allokering og ventetid

Variable	Kontrol	LTJS	Kort ventetid	Lang ventetid	Lav self efficacy	Høj self efficacy
Dag for allokering (dato)	11/5/2015	8/5/2015	30/4/2015	23/5/2015	8/5/2015	10/5/2015
Ventetid til holddannelse (dage)	20	19	2	32	20	19
Kvinde(%)	75	77	78	75	77	76
Alder (år)	47	47	47	47	46	48
Partner (%)	73	75	71	77	76	73
Hjemmeboende børn(%)	54	54	54	54	54	53
Videregående uddannelse(%)	49	50	47	52	43	55
Offentlige job (%)	41	42	41	42	39	45
Ordinær job (%)	70	70	67	73	70	71
Beskæftigelse, uger 104-92 før allokering(%)	63	62	63	62	59	65
Beskæftigelse, uger 91-79 før allokering(%)	65	61	62	63	59	65
Beskæftigelse, uger 78-66 før allokering(%)	64	63	63	63	58	67
Beskæftigelse, uger 65-53 før allokering(%)	61	64	62	63	59	66
Beskæftigelse, uger 52-40 før allokering(%)	62	62	61	64	60	65
Beskæftigelse, uger 39-27 før allokering(%)	61	60	59	62	57	64
Beskæftigelse, uger 26-14 før allokering (%)	43	45	41	46	44	44
Beskæftigelse, uger 13-1 før allokering (%)	4	6	5	6	5	6
Psykisk årsag (%)	50	46	49	46	46	48
Arbejdsrelateret (%)	60	60	60	60	59	61
Sygedagpenge mv., uger 104-92 før allokering(%)	11	13	13	12	14	11
Sygedagpenge mv., uger 91-79 før allokering (%)	11	13	12	13	14	12
Sygedagpenge mv., uger 78-66 før allokering (%)	13	13	13	14	15	12
Sygedagpenge mv., uger 65-53 før allokering (%)	13	11	10	13	13	11
Sygedagpenge mv., uger 52-40 før allokering (%)	11	12	10	12	13	10
Sygedagpenge mv., uger 39-27 før allokering (%)	11	11	10	12	12	10
Sygedagpenge mv., uger 26-14 før allokering (%)	35	32	32	34	31	35
Sygedagpenge mv., uger 13-1 før allokering (%)	90	88	86	91	90	88
Smerter (10-skala)	4,6	4,7	4,5	4,8	5,1	4,3
Træthed (10-skala)	6,7	6,4	6,6	6,5	7,0	6,1
Stakåndethed (10-skala)	2,7	2,6	2,6	2,6	2,8	2,4
Receptpligtig medicin (%)	65	61	64	62	66	60
Smertestillende i håndkøb (%)	79	77	75	80	80	75
Receptpligtig smertestillende (%)	46	46	42	48	51	41
Søvnkvalitet (10-skala)	4,0	4,2	3,8	4,3	3,7	4,4
Kontakt med læge (antal)	3,1	3,2	3,1	3,2	3,3	3,0
Kontakt med psykolog (antal)	1,6	1,3	1,6	1,3	1,5	1,4
Kontakt med fysioterapeut (antal)	2,2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,1
Akut kontakt (antal)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Indlæggelser (antal)	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
CMDQ – Fysiske symptomer (47-skala)	17,2	16,7	17,3	16,5	18,6	15,4
CMDQ – Bekymringer (28-skala)	9,6	9,3	9,5	9,4	10,7	8,3
CMDQ – Angst (16-skala)	5,4	5,7	6,0	5,2	6,7	4,6
CMDQ – Depression (24-skala)	8,0	8,6	8,9	8,0	10,3	6,7
CMDQ – Alkohol afhængighed (4-skala)	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
BIPQ – Påvirkning (10-skala)	7,7	7,8	7,8	7,8	8,4	7,2

Variable	Kontrol	LTJS	Kort ventetid	Lang ventetid	Lav self efficacy	Høj self efficacy
BIPQ – Varighed (10-skala)	6,0	6,5	6,4	6,3	7,2	5,6
BIPQ – Kontrol (10-skala)	3,0	3,0	2,9	3,1	2,4	3,5
BIPQ – Behandling (10-skala)	3,7	4,2	4,2	3,9	4,1	3,9
BIPQ – Symptomer (10-skala)	7,1	7,1	7,1	7,1	7,6	6,7
BIPQ – Bekymring (10-skala)	6,8	6,9	7,0	6,7	7,7	6,1
BIPQ – Forståelse (10-skala)	3,6	3,6	3,8	3,4	3,4	3,7
BIPQ – Følelser (10-skala)	7,2	7,4	7,5	7,2	8,2	6,6
SF36 – krævende aktiviteter	6,3	6,8	6,5	6,7	6,9	6,4
SF36 – lettere aktiviteter	4,1	4,4	4,2	4,4	4,7	4,0
SF36 – at løfte eller bære	3,2	3,6	3,2	3,6	3,7	3,2
SF36 – at gå flere etager op ad trapper	3,3	3,2	3,1	3,4	3,6	3,0
SF36 – at gå én etage op ad trapper	1,8	1,9	1,9	1,9	2,2	1,6
SF36 – at bøje sig ned eller gå ned i knæ	2,9	3,2	2,9	3,2	3,2	2,9
SF36 – at gå mere end én kilometer	2,4	2,8	2,5	2,7	3,0	2,3
SF36 – at gå nogle hundrede meter	0,9	1,4	1,3	1,2	1,5	1,1
SF36 – at gå 100 meter	0,6	1,0	1,0	0,8	1,0	0,8
SF36 – at gå i bad eller tage tøj på	1,4	2,0	1,9	1,7	2,1	1,6
Motion (5-skala)	2,8	2,7	2,8	2,7	2,6	2,8
UW-SES (0-24-skala)	11,5	10,9	11,0	11,2	6,8	14,9
CDSMP – kognitive strategier til håndtering af sygdom	8,9	8,4	8,7	8,5	7,9	9,2
WHO – livskvalitet (5-skala)	3,0	3,0	3,0	3,0	2,6	3,3
WHO – helbred tilfredshed (5-skala)	2,3	2,3	2,3	2,4	2,0	2,6
WHO – trivsel 1 (6-skala)	2,5	2,4	2,4	2,4	1,9	2,9
WHO – trivsel 2 (6-skala)	2,2	2,1	2,0	2,2	1,6	2,6
WHO – trivsel 3 (6-skala)	1,5	1,4	1,5	1,5	1,0	1,8
WHO – trivsel 4 (6-skala)	1,1	1,3	1,1	1,3	0,9	1,6
WHO – trivsel 5 (6-skala)	2,2	2,1	2,1	2,2	1,7	2,5
Arbejdsevne (%)	44,0	41,4	42,7	42,0	36,3	47,6
Sikkerhed forbundet med helt tilbagevending (5-skala)	2,7	2,7	2,7	2,7	2,3	3,0
Forventet varighed til helt tilbagevending (5-skala)	3,1	3,2	3,1	3,2	3,4	2,9
Forventede opgaver (5-skala)	2,1	2,1	2,1	2,2	2,0	2,3
Arbejdstimer før (5-skala)	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6
Forventede arbejdstimer (5-skala)	3,6	3,5	3,7	3,5	3,3	3,8
TSRQ – Motivation 1 (49-skala)	31,3	30,4	30,2	31,1	29,2	32,1
TSRQ – Motivation 2 (14-skala)	7,4	7,9	7,7	7,8	8,5	7,1
TSRQ – Motivation 3 (28-skala)	12,4	12,5	12,4	12,5	13,1	11,9
TSRQ – Motivation 4 (21-skala)	5,3	5,6	5,3	5,6	5,7	5,3
Observationer	197	371	236	332	263	303

Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. Deltagerne med lav self-efficacy inkluderer personer UW-SES mellem 0-10, mens deltagerne med høj self-efficacy inkluderer personer UW-SES mellem 11-24.

## 2.7 Balance

Vi sammenligner nu interventionsgruppe og kontrolgruppe i forhold til risikofaktorer i tabel 2.2. Når vi kigger på forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, så finder vi kun nogle enkelte variabler, hvor den gennemsnitlige værdi blandt kursister er anderledes end blandt kontrolgruppen. Vi foretager nu en balanceanalyse af, hvorvidt forskellene er statistisk signifikante. Vi undersøger også balancen i de to underpopulationer opdelt på ventetid.

Der testes 82 x 5 nulhypoteser  $H_0$  (at der ikke er forskel på interventionsgruppen og kontrolgruppen), hvor modhypotesen  $H_1$  er, at "der er forskel på populationerne". Til dette formål anvender vi modellen:

$$x_{ki} = \alpha_k \cdot LTJS_i + \sum_{k=1}^K \beta_k \cdot Kom_i(k) + \varepsilon_i$$

hvor den bestemte risikofaktor ( $x_{ki}$ ) er afhængig variabel,  $LTJS_i$  er en indikatorvariabel, der angiver, hvorvidt person  $i$  deltager i kursus *Lær at tackle job og sygdom* ( $LTJS_i = 1$ ) eller ej ( $LTJS_i = 0$ ),  $Kom_i(k)$  er en indikatorvariabel, der angiver, hvorvidt person  $i$  var tilmeldt i kommunale jobcentre  $k = 1, \dots, K$ , og  $\varepsilon_i$  er fejled. Det vil sige, der testes, hvorvidt  $H_0: \alpha_k = 0$  mod  $H_1: \alpha_k \neq 0$ .

Kolonnerne (1), (2), (3), (4) og (5) i tabel 2.3 angiver den estimerede koefficient ( $\alpha_k$ ). Der angives tegn \* for de tilfælde, hvor nulhypotese  $\alpha_k = 0$  forkastes på et 5-procents-niveau.

Ser vi på alle deltagere, så viser det sig, at der er 4 ud af 82 risikofaktorer, hvor vi finder en statistisk signifikant forskel på et 5-procents-niveau. Konkret drejer det sig om 'BIPQ – Varighed', 'SF36 – at gå nogle hundrede meter', 'SF36 – at gå 100 meter' og 'SF36 – at gå i bad eller tage tøj på'. Den gennemsnitlige værdi af disse variable er lidt højere blandt interventionsgruppen end blandt kontrolgruppen, dvs. at kursisterne er en lille smule mere fysisk begrænset end kontrolgruppen. Men vi finder også, at der ingen forskel er blandt kursister og kontroldeltagere i alle de mange andre indikatorer for fysiske begrænsninger. Ser vi herefter på stikprøven med kort ventetid, så er kun to af disse fysiske begrænsninger signifikant forskellige på et 5-procents-niveau i gruppen. Ser man på de sygemeldte med lang ventetid, så er der ingen forskel i fysiske begrænsninger.

Vi finder også statistisk forskel mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe med kort ventetid på et 5-procents-niveau i andel af sygemeldte med 'videregående uddannelse og andel af sygemeldte ansat i det offentlige sektor. Ser vi herefter på gruppen med lang ventetid, så er der kun forskelle i et 5-procents signifikansniveau i 'Kontakt med psykolog', og 'Forventet varighed til fuld tilbagevending. Ser vi på stikprøve med lav self-efficacy, så er der en indikator for beskæftigelse før allokering ud af 8 andre, og to indikatorer for sygedagpenge mv. ud af 8, hvor der findes statistisk forskel mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe. Ser man på stikprøve med høj self-efficacy, så er kun to variabler signifikant forskellige på et 5-procents-niveau i gruppen. Men forskellen i de to variabler går i forskellige retninger.

Opsummerende kan vi konstatere, at nogle af disse forskelle (fysiske begrænsninger, forventet varighed af sygefravær) tyder på, at kursisterne kunne være sygemeldte i længere tid end kontrolgruppen. Andre forskelle (kontakt med psykolog, offentlige job) går i den anden retning. Når vi undersøger sammenhæng mellem vores målte risikofaktorer (se bilag 6.2), så er ingen af de variabler, hvor vi finder forskelle, stærkt korreleret med vores udfaldsmål. Desuden, som tabel 2.3 viser, er der også balance i rigtig mange risikofaktorer, som udviser stærkere korrelation med vores beskæftigelsesindikatorer. Især når vi ser på, i hvor høj grad interventionsgruppen og kontrolgruppe er ens i forhold til udfaldsmål inden allokering til LTJS-kursus, så finder vi ingen forskel. Som vi fremviser i robusthedsanalyser, ændrer vores resultater sig slet ikke ved at kontrollere eller ikke kontrollere de

risikofaktorer med højst korrelation med vores udfaldsmål. Derfor betragter vi de fundne forskelle mellem kontrolborgere og kursister som uproblematisk for vores resultater.

**Tabel 2.3** Balance

Variable	Alle	Kort ventetid	Lang ventetid	Lav self efficacy	Høj self efficacy
Dag for allokering	1,22	4,82	-3,20	7,18	-4,26
Ventetid til holddannelse	-0,46	-0,44	0,47	-0,16	-1,40
Kvinde	0,02	0,00	0,05	0,10	-0,01
Alder	-0,23	-1,74	1,13	-1,29	-0,02
Partner	0,02	0,07	-0,00	0,05	0,02
Hjemmeboende børn	0,01	0,13	-0,08	-0,04	0,09
Videregående uddannelse	0,01	0,12*	-0,08	0,00	0,03
Offentlige job	0,00	0,16*	-0,11	-0,01	0,06
Ordinær job	0,00	0,06	-0,06	-0,03	0,03
Beskæftigelse, uger 104-92 før allokering	-0,01	0,00	-0,01	-0,10	0,06
Beskæftigelse, uger 91-79 før allokering	-0,04	-0,02	-0,04	-0,14*	0,04
Beskæftigelse, uger 78-66 før allokering	-0,01	0,01	-0,01	-0,11	0,07
Beskæftigelse, uger 65-53 før allokering	0,03	0,05	0,02	-0,01	0,05
Beskæftigelse, uger 52-40 før allokering	0,00	0,01	0,00	-0,05	0,02
Beskæftigelse, uger 39-27 før allokering	-0,01	0,03	-0,02	-0,02	0,01
Beskæftigelse, uger 26-14 før allokering	0,01	0,02	0,01	-0,04	0,06
Beskæftigelse, uger 13-1 før allokering	0,02	0,03	0,01	0,00	0,02
Psykisk årsag	-0,05	-0,04	-0,07	-0,01	-0,07
Arbejdsrelateret	0,00	-0,02	0,01	-0,01	0,03
Sygedagpenge mv., uger 104-92 før allokering	0,02	0,02	0,02	0,08*	-0,02
Sygedagpenge mv., uger 91-79 før allokering	0,02	-0,02	0,05	0,07*	-0,01
Sygedagpenge mv., uger 78-66 før allokering	0,01	0,00	0,01	0,01	-0,01
Sygedagpenge mv., uger 65-53 før allokering	-0,02	-0,05	0,00	-0,05	0,00
Sygedagpenge mv., uger 52-40 før allokering	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00
Sygedagpenge mv., uger 39-27 før allokering	0,00	0,05	-0,03	-0,01	0,02
Sygedagpenge mv., uger 26-14 før allokering	-0,02	0,02	-0,05	-0,01	-0,04
Sygedagpenge mv., uger 13-1 før allokering	-0,02	-0,04	0,00	-0,01	-0,02
Smertes	0,18	0,24	0,23	-0,12	0,41
Træthed	-0,35	-0,44	-0,27	0,18	-0,82*
Stakåndethed	-0,14	-0,25	-0,17	0,11	-0,48
Receptpligtig medicin	-0,04	-0,05	-0,04	-0,08	-0,06
Smertestillende i håndkøb	-0,02	0,02	-0,02	-0,02	-0,03
Receptpligtig smertestillende	0,00	0,06	-0,03	-0,02	-0,01
Søvnkvalitet	0,24	0,02	0,42	0,39	0,16
Kontakt med læge	0,04	0,14	-0,07	-0,10	0,10
Kontakt med psykolog	-0,37	-0,03	-0,62*	-0,42	-0,35
Kontakt med fysioterapeut	-0,19	-1,01	0,46	0,16	-0,07
Akut kontakt	0,04	0,11	-0,01	0,04	0,03
Indlæggelser	-0,01	0,14	-0,13	0,07	-0,08
CMDQ – Fysiske symptomer	-0,46	-0,46	-0,50	-0,50	-1,01
CMDQ – Bekymringer	-0,20	0,29	-0,53	-1,31	0,32

Variable	Alle	Kort ventetid	Lang ventetid	Lav self efficacy	Høj self efficacy
CMDQ – Angst	0,14	-0,06	0,23	-0,25	0,19
CMDQ – Depression	0,58	-0,04	0,94	-0,64	0,99
CMDQ – Alkohol afhængighed	0,01	-0,08	0,06	0,10	-0,10
BIPQ – Påvirkning	0,02	-0,02	0,01	-0,03	0,05
BIPQ – Varighed	0,55*	0,83*	0,38	0,06	0,85*
BIPQ – Kontrol	-0,08	-0,01	-0,14	-0,07	0,05
BIPQ – Behandling	0,46	0,78	0,22	0,38	0,56
BIPQ – Symptomer	-0,02	-0,26	0,16	-0,13	0,08
BIPQ – Bekymring	0,09	-0,42	0,45	-0,26	0,28
BIPQ – Forståelse	-0,06	-0,13	-0,04	-0,34	0,18
BIPQ – Følelser	0,13	-0,41	0,43	-0,04	0,18
SF36 – Krævende aktiviteter	0,48	1,07	0,13	0,45	0,38
SF36 – Lettere aktiviteter	0,33	0,54	0,23	0,43	0,17
SF36 – At løfte eller bære	0,39	0,43	0,42	0,59	0,23
SF36 – At gå flere etager op ad trapper	-0,14	-0,17	-0,08	-0,26	-0,02
SF36 – At gå én etage op ad trapper	0,19	0,40	0,11	0,11	0,22
SF36 – At bøje sig ned eller gå ned i knæ	0,28	0,77	0,08	0,20	0,21
SF36 – At gå mere end én kilometer	0,37	0,88	0,09	0,44	0,29
SF36 – At gå nogle hundrede meter	0,46*	0,75*	0,24	0,37	0,40
SF36 – At gå 100 meter	0,38*	0,55	0,24	0,11	0,44
SF36 – At gå i bad eller tage tøj på	0,60*	0,50	0,60	0,33	0,57
Motion	-0,17	-0,15	-0,20	-0,18	-0,11
UW-SES	-0,65	-0,53	-0,67	0,18	-0,11
CDSMP	-0,44	-1,16	0,08	-0,46	-0,40
WHO – Livskvalitet	-0,03	0,08	-0,08	0,09	0,00
WHO – Helbred tilfredshed	0,00	-0,05	0,03	0,09	0,05
WHO – Trivsel 1	-0,18	-0,09	-0,26	0,05	-0,27
WHO – Trivsel 2	-0,13	0,01	-0,23	-0,02	-0,06
WHO – Trivsel 3	-0,07	-0,02	-0,13	-0,10	0,08
WHO – Trivsel 4	0,18	0,15	0,18	0,28	0,22
WHO – Trivsel 5	-0,12	-0,16	-0,14	-0,23	0,01
Arbejdsevne	-2,25	-3,84	-1,61	3,33	-5,82
Sikkerhed forbundet med helt tilbagevending	-0,08	-0,08	-0,07	0,03	-0,03
Forventet varighed til helt tilbagevending	0,17	0,04	0,30*	0,18	0,09
Forventede opgaver	0,01	0,15	-0,12	0,19	-0,07
Arbejdstimer før	0,00	-0,15	0,11	0,03	-0,03
Forventede arbejdstimer	-0,11	-0,03	-0,24	0,06	-0,22
TSRQ – Motivation 1	-1,02	-0,59	-1,39	-0,13	-1,25
TSRQ – Motivation 2	0,38	0,71	0,10	0,03	0,76
TSRQ – Motivation 3	0,11	0,62	-0,08	-0,18	0,42
TSRQ – Motivation 4	0,18	0,46	0,10	0,06	0,40
Observationer	568	236	332	263	303

Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet; \* p<0.05

LTJS blev udelukkende tilbudt som et frivilligt supplement til jobcentrets øvrige aktiviteter og blev tilbudt som aktivering. I figur 6.1 (i bilag 6.2) vises forskelle mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen på registreret aktivering. Vi anvender regressionsanalyse (2) (se afsnit 3.2 for beskrivelse af metoden) for alle deltagere, deltagere med kort ventetid og deltagere med lang ventetid. Ser man på, i hvor høj grad kursisterne har deltaget i vejledning og opkvalificering under sygedagpenge mv., så er forskellen højest på 10 % midtvejs i de første 10 uger blandt LTJS-kursister. Ser vi på gruppen med kort ventetid, dvs. de kursister, der gik i gang med kurset lige efter allokering, så finder vi, at forskellen i vejledning og opkvalificering når op på 15 % i de første 5 uger. Ser vi på gruppen med lang ventetid, så er forskellen i aktivering mere spredt og ikke statistisk signifikant. Disse små forskelle i deltagelse i vejledning og opkvalificering blandt LTJS-kursister peger stærkt på, at nogle få jobcentre har registreret LTJS-kursus som vejledning og opkvalificering.

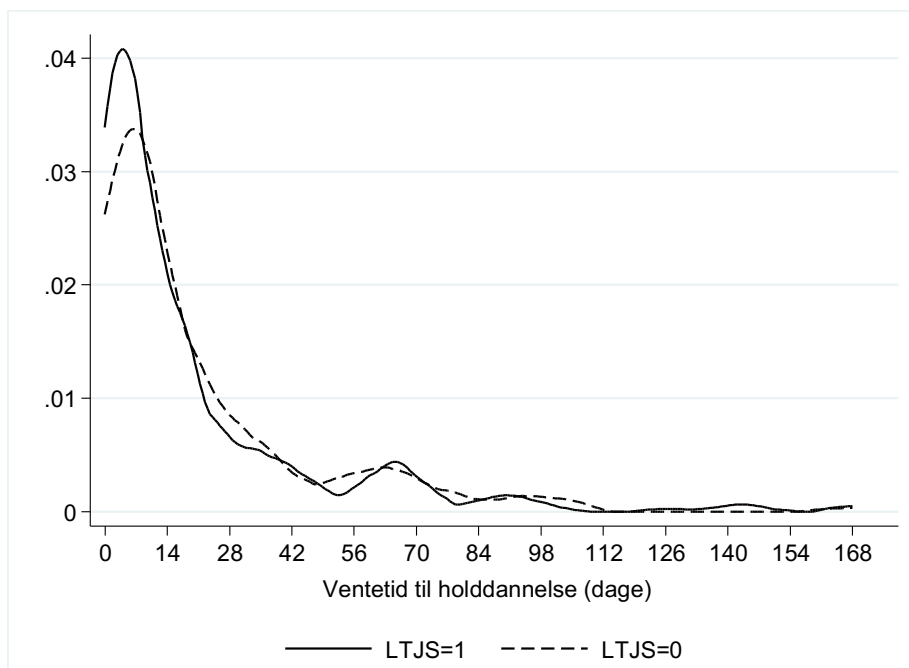
Ser vi herefter på omfang af virksomhedspraktik og løntilskud, så er der ikke nogen forskel mellem kontroldeltagere og kursister, uanset ventetid.

Figur 2.3 viser *kernel-density estimation* af de to effekt-mediatorer fundet i vores undersøgelse: ventetid til holddannelse og UW-SES før kurset. Figur 2.3 A viser at ventetid fordeles ret ens blandt indsatsgruppen og kontrolgruppen på nær ventetid under 14 dage, hvor indsatsgruppen ser ud at have relativt flere deltagere end kontrolgruppen. Det vil vise sig senere (afsnit 4), at vores hovedresultater (uden kontrol for deltageres ventetid) er fuldstændig ens med de resultater, der opnås, når vi kontrollerer for personens ventetid til holddannelse. Figur 2.3 B viser også, at fordeling af deltageres self-efficacy før kurset (målt med UW-SES) er det samme blandt kursister og kontroldeltagere.

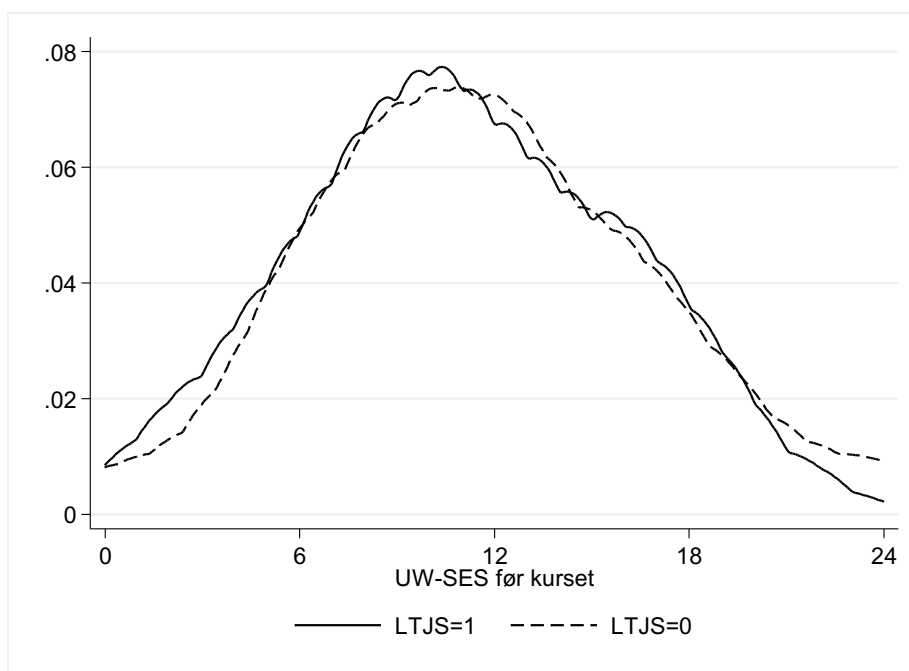


**Figur 2.3** Balance i effekt-moderatorer

**A. Ventetid til holddannelse**



**B. University of Washington Self-efficacy Scale**



Note: Kernel density estimation af ventetid fordeling opdelt i indsatsgruppen (LTJS=1) og kontrolgruppen (LTJS=0)

## 3 Resultater

I dette kapitel præsenteres først de overordnede resultater vedrørende effekten af LTJS på borgernes beskæftigelse og sygedagpenge mv. Dernæst præsenteres resultaterne opdelt på ventetid. Herefter diskuterer vi effekten af LTJS opdelt på personens self-efficacy og sammenhæng mellem beskæftigelseseffekter og effekten på self-efficacy. Endelig undersøger vi alternative effektmekanismer med at se på helbredseffekter af LTJS opdelt på personens self-efficacy.

Frederiksen et al. (2018) har undersøgt den gennemsnitlige effekt af LTJS på helbred og self-efficacy. Frederiksen et al. finder, at kurset kun har positiv indvirkning på kursusdeltagernes mestring af sygdom, lige efter at kurset blev afsluttet. Imidlertid forsvinder enhver forskel mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe 6 måneder efter, at kurset blev afsluttet.

Vi måler beskæftigelseseffekten af LTJS's på baggrund af de følgende udfaldsmål:

- Udfaldsmål 1: Varighed mellem allokering til LTJS-kursus til den sygemeldte vender tilbage til ordinær beskæftigelse
- Udfaldsmål 2: Andel af uger mellem allokering til LTJS-kursus og uge 1,..., 81 efter i ordinær beskæftigelse<sup>9</sup>
- Udfaldsmål 3: Varighed mellem allokering til LTJS-kursus til den sygemeldte vender tilbage fra sygedagpenge mv. (ydelse under sygedagpenge, jobafklaringsforløb, sygedagpenge under fleksjob, eller ressourceforløb)
- Udfaldsmål 4: Andel af uger mellem allokering til LTJS-kursus og uge 1,..., 81 i sygedagpenge mv. (ydelse under sygedagpenge, jobafklaringsforløb, sygedagpenge under fleksjob, skånejob, ressourceforløb, eller førtidspension)

De valgte estimationsstrategier tager udgangspunkt i overlevelsesanalyser af udfaldsmål 1 og 3 (se fx Hermansen 2014; Rosholm, Skipper & Sørensen, 2017) og, som den foretrukne metode, regressionsanalysen af udfaldsmål 2 og 4 (se Imbens & Rubin, 2015).<sup>10</sup>

Der er to grunde til, at vi foretrækker at basere vores effektmåling på regressionsanalyse af udfaldsmål 2 og 4. For det første, eftersom LTJS kan ændre varigheden af flere perioder med sygefravær og flere perioder med beskæftigelse, så identificerer regressionsanalysen den samlede effekt på begge udfaldsmål under randomisering og SUTVA antagelser (Rubin, 1980). Derimod er identifikation med varighedsmodeller afhængig af flere antagelser om modellen for udfaldsmål.

I næste afsnit ser vi på, hvordan LTJS-kursus påvirker varighed af den første sygemelding.

### 3.1 Overlevelsesanalyse

Til at undersøge effekten af LTJS for afgang til ordinær beskæftigelse (Udfaldsmål 1) og afgang fra sygedagpenge mv. (Udfaldsmål 3), anvender vi overlevelsesanalyse. Vi estimerer effekten af kurset

---

<sup>9</sup> Vi har udvalgt uge 81, fordi det er den længste fælles målperiode for alle deltagere på baggrund af DREAM-register til rådighed ved registerdataindsamling.

<sup>10</sup> De fulde estimationsresultater af alle modeller anvendt til at redegøre for effekterne, kan fås ved anmodning.

på afgange fra langvarig sygmelding til ordinær beskæftigelse og fra modtagelse af ydelser knyttet til sygedagpenge, jobafklaringsforløb, sygedagpenge under fleksjob eller ressourceforløb.

Først ser vi på afgang fra langvarigt sygdomsforløb. Figur 3.1 A viser overlevelseskurven for overgang til ordinær beskæftigelse. Figuren viser, at andelen af tilbageværende på langvarigt sygefravær er større for interventionsgruppen end for kontrolgruppen. Allerede fra uge 5 kan vi se forskellen i overlevelseskurver. Forskellen forbliver nogenlunde stabil op til uge 26. Men fra denne uge vokser forskellen i overlevelseskurver indtil uge 70, når interventionsgruppen indhenter kontrolgruppen. Det er tydeligt at se i figuren, at der er omkring 50 %, der 81 uger efter de blev allokeret til LTJS eller kontrolgruppen, stadig ikke er vendt tilbage til ordinær beskæftigelse.

I figur 3.1 B vises overgang fra sygedagpenge mv. Figuren viser overordnet lignende mønster som overlevelseskurven uden beskæftigelse. Men her ses mere tydeligt, at forskellen i overlevelseskurver vokser op til uge 31, og bagefter falder forskellen igen indtil uge 64, når begge grupper viser meget lignende tilbagevenden fra sygedagpenge mv. Ved slutningen af måleperioden, er der stadig 20 % af deltagerne fra begge grupper, som ikke har formået at raskmelde sig fra den sygemelding, der gjorde dem berettigede til et LTJS-kursus.

Den valgte estimationsmetode tager udgangspunkt i en diskret tid logistisk hazard funktion, hvor varighedsafhængighed er kontrolleret med tid dummy variabler. Effekten af LTJS-kursus på afgangsraten til ordinær beskæftigelse estimeres på adgangsraten til beskæftigelse af minimum 4 ugers varighed, identificeret via DREAM-variabler på baggrund af indkomst (se fx Rosholm, Skipper & Sørensen, 2017).

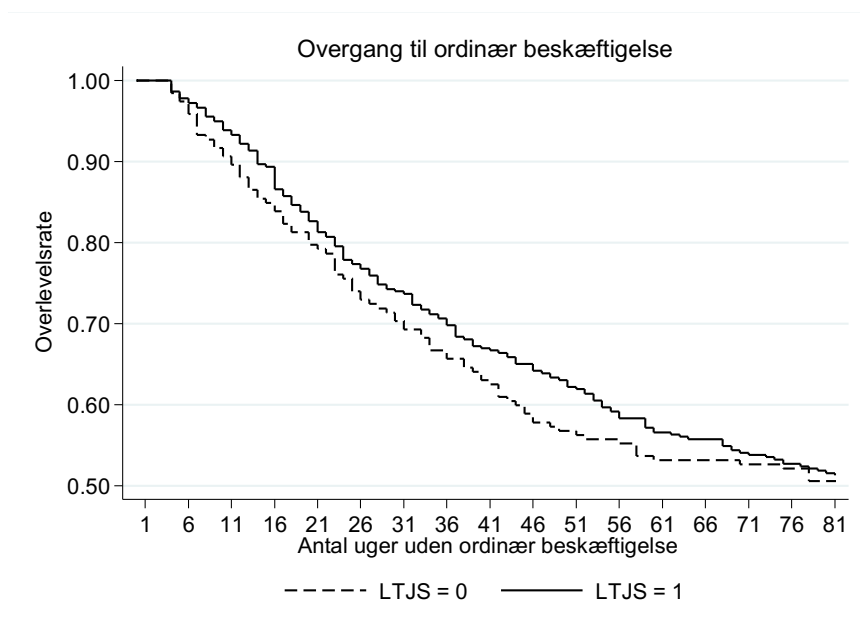
Lad os beskrive sandsynligheden for at en sygemeldt person  $i$  raskmelder sig i uge  $t$  efter han/hun blev allokeret til LTJS-kursus eller ej som  $P(y_{it} = 1) = \lambda_{it}$ , hvor

$$\log\left(\frac{\lambda_{it}}{1-\lambda_{it}}\right) = \alpha_t + \beta \cdot LTJS_i + \sum_{k=1}^K \vartheta_k \cdot Kom_i(k) \quad (1)$$

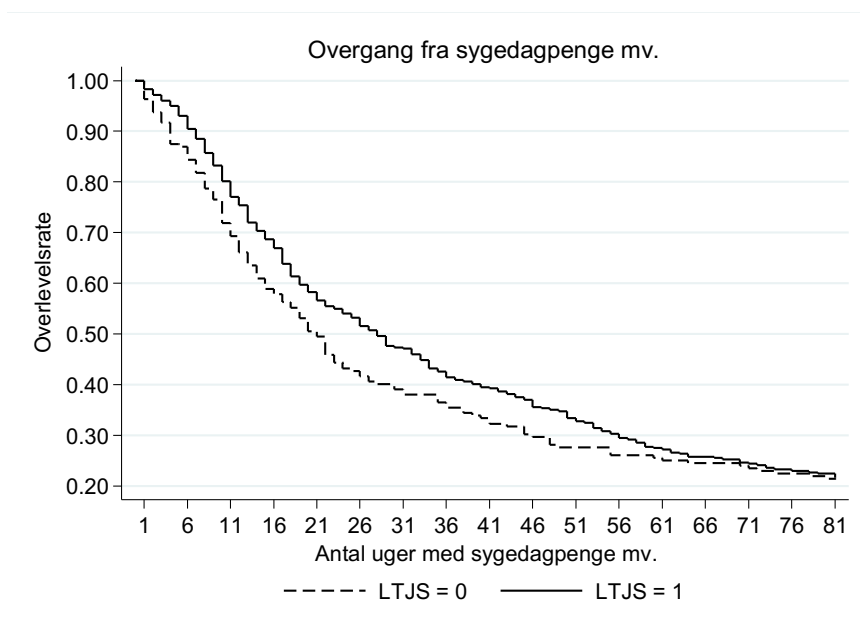
og vi inkluderer tid dummy variabler  $\alpha_t$  i model (1) for at kontrollere for varighedsafhængigheden af hazardrate. Vi grupperer 80 uge dummy variabler i fire-ugers interval dummy variabler for at undgå uger, hvor ingen sygemeldte raskmelder sig. Modellen estimeres med *Maksimum Likelihood*.

**Figur 3.1** Overgang til ordinær beskæftigelse fra sygedagpenge mv.

A: Overgang til ordinær beskæftigelse opdelt på allokering



B: Overgang fra sygedagpenge mv. opdelt på allokering



Note: Egne beregninger på DREAM-data og data om allokering til LTJS-kurus fra EPoS, Aarhus Universitet.

Tabel 3.1 viser de estimerede effekter af LTJS-kursus på afgangsraten til beskæftigelse og på afgangsraten fra sygedagpenge mv. på baggrund af model (1). Vi finder, at LTJS har en negativ effekt på begge afgangsrater, men effekterne er ikke signifikant på et 10-procents-niveau.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> De estimerede effekter på afgangsrater er fuldstændig identiske med dem estimeret med en *Complementary log log hazardrate* (se Box-Steffensmeier & Jones, 2004)

**Tabel 3.1** Effekt af LTJS-kursus på afgangsraten

	Logistik Hazardrate
Afgangsraten til ordinær beskæftigelse	-0,17 (0,14)
Observationer	30.412
Afgangsraten fra sygedagpenge mv.	-0,14 (0,11)
Observationer	19.966

Note: Egne beregninger af  $\beta$  fra model (1) på DREAM-data og data om allokering til LTJS-kursus fra EPoS, Aarhus Universitet.

## 3.2 Regressionsanalyse

Udgangspunktet for at undersøge ITT effekt af LTJS for borgernes beskæftigelse fra allokeringssuge og op til uge  $t$  ( $Y_{it}$ ) er følgende regression:

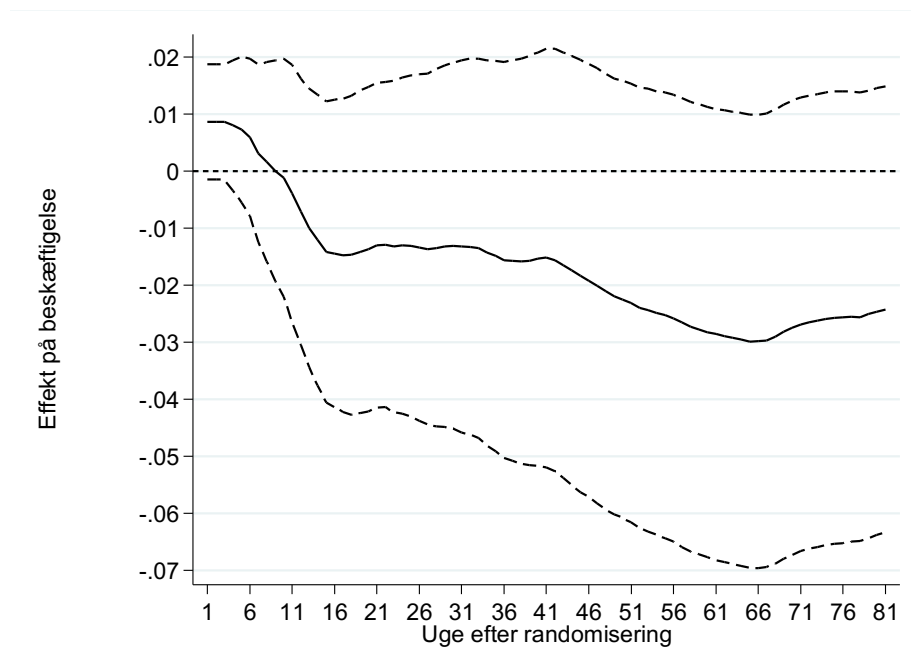
$$Y_{it} = \tau_t \cdot LTJS_i + \sum_{k=1}^K \beta_{kt} \cdot Kom_i(k) + X_i' \delta_t + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

hvor standardfejl estimeres med klynger for hold, og det inkluderes fire risikofaktorer ( $X_i$ ) til at øge den statistiske styrke (se Carneiro, Lee, & Wilhelm, 2017): 'BIPQ sygdomsopfattelse – Behandling'; 'Forventet varighed til helt tilbagevending'; 'Ordinær job'; og 'Sygedagpenge mv. mellem uge før og op til 2 år før allokering'.<sup>12</sup>

Figur 3.2 indeholder de estimerede effekter  $\tau_t$  i målperiode  $t = 1, \dots, 81$  uger effekt allokering, sammen 95 %-konfidensinterval i stiplede linje. Vi ser en negativ effekt af LTJS på ordinær beskæftigelse i næsten hele perioden, men de estimerede effekter er ikke statistisk signifikant på et 10-procents-niveau. Det vil sige, at i gennemsnit har allokering til LTJS ikke bidraget til at få flere langvarige sygemeldte til arbejde. Figuren viser, at næsten hele effekten opstår i løbet af de første 13 uger, hvor der er en relativ større del af deltagerne, der venter på, at kursus skal gå i gang.

<sup>12</sup> Vi har i bilag 6.2 undersøgt, hvilke risikofaktorer der var stærkest korreleret med beskæftigelse og sygedagpenge mv. i den undersøgte periode blandt kontrolgruppen og har tilføjet de variabler, som formåede at formindske standardfejlen. For beskrivelse af, hvordan disse variabler er defineret, se bilag 6.3.

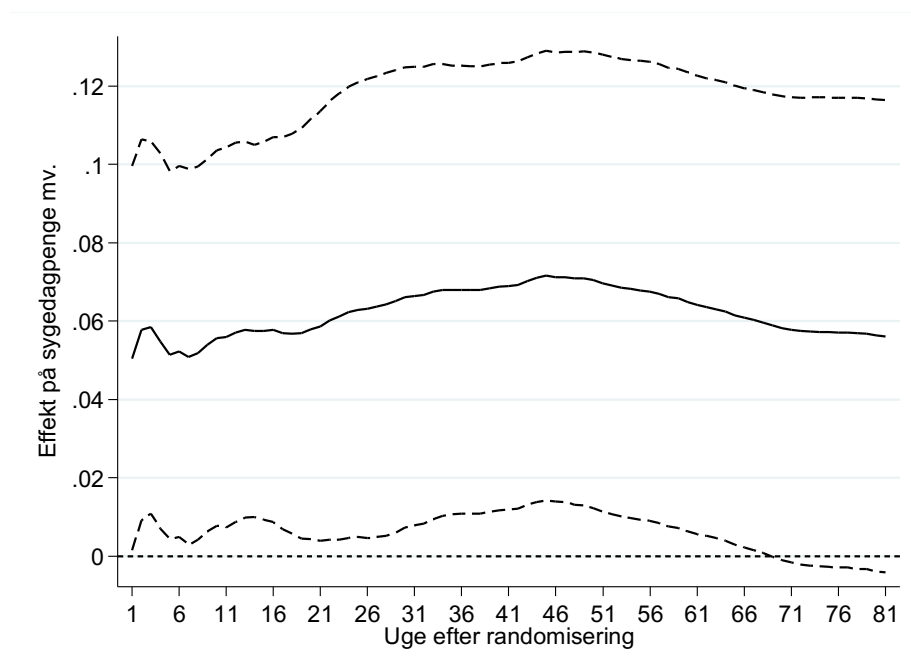
**Figur 3.2** Effekt af LTJS på beskæftigelse



Note: Egne beregninger af  $\tau_t$  fra model (2) på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. 95 %-konfidensinterval i stiplede linje.

Ser vi herefter på effekten på sygedagpenge mv., så viser figur 3.3, at allokering til LTJS faktisk har haft en positiv effekt på modtagelse af ydelser forbundet med borgeres uarbejdsdygtighed. De estimerede effekter, allerede statistisk signifikant i ugen efter allokering til LTJS oscillerer mellem 5,05 % i uge 1 og 5,61 % i uge 81 efter allokering til indsatsen, hvor effekten i uge 45 er størst på 7,16 %. Resultaterne betyder at LTJS i gennemsnit har bidraget til 11 % højere forbrug af sygedagpenge mv. blandt kursister end blandt kontrolgruppen i den målte periode. Resultaterne peger stærkt på, at ex-ante-effekter kan have en afgørende rolle i det samlede effektresultat. Denne påstand undersøges nærmere i næste afsnit.

**Figur 3.3** Effekt af LTJS på sygedagpenge mv.



Note: Egne beregninger af  $\tau_t$  fra model (2) på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. 95 %-konfidensinterval i stiplede linje.

Resultaterne antyder, at LTJS-kursus har haft en *ex-ante*- og/eller en *lock-in-effekt* på deltagere (se Card, Kluve, & Weber, 2010), dvs. deltagerne har udskudt at raskmelde sig kun på grund af deres deltagelse i kurset eller på grund af deres forventede deltagelse. Vi undersøger i næste afsnit, hvorvidt effekten opstår i løbet af de 6 uger, kursisterne deltog i kursus, eller om effekten kommer til syne allerede før deltagelse.

### 3.3 Ventetid og beskæftigelseseffekt

På grund af stor variation i varighed af rekrutteringsperioden (se tabel 2.1), så er der også stor variation i, hvor lang tid kursister skal vente i perioden mellem deres allokering og kursusstart. Desværre indeholder vores datasæt ikke dato for afholdelse af indsatsen. Imidlertid kunne de afholdte kurser ikke starte, før alle deltagere på holdet fik tildelt plads. Derfor måler vi varigheden af ventetid med den tid, der går i mellem, at de enkelte sygemeldte blev randomiseret, indtil den sidste person på holdet blev randomiseret til interventionsgruppe eller til kontrolgruppe.

I afsnit 2.5 har vi beskrevet vores stikprøve opdelt på ventetid. De gennemsnitlige værdier for risikofaktorer er meget sammenlignelige blandt begge undergrupper. Det peger på, at ventetiden for de rekrutterede personer i den *samme* kommune var relativ tilfældig og afhænger af timing af deres sygemelding i forhold til sygemeldingstidspunktet for resten af holdet. Regressionsanalyserne af balancen peger på, at personens karakteristika også er meget sammenlignelige blandt kontroldeltager og kursister.

I det følgende studerer vi effekten af LTJS opdelt på ventetid for de sygemeldte. Dette gør vi ved at foretage separate overlevelsesanalyser og regressionsanalyser for deltagere med ventetid under 7 dage og deltagere med mindst 7 dages ventetid, indtil alle deltagere på holdet var allokert.

I figur 3.4A kan ses, at ventetiden har en større rolle i de overordnede effekter af LTJS-kursus. Det ses tydeligt, at allokering til LTJS har modsatte effekter på afgangsraten blandt de to underpopulationer. For så vidt angår afgangsraten til beskæftigelse blandt personer med kort ventetid, så er der tegn på, at indsatsen har forkortet varigheden uden ordinær beskæftigelse. Det ses, at fra uge 7 (nogenlunde den sidste uge af kurset for kursister med kort ventetid) er overgang til beskæftigelse hurtigere blandt interventionsgruppen end blandt kontrolgruppen. Forskellen i overlevelseskurver bliver mindre hen mod uge 36, men stiger igen bagefter.

Ser vi herefter på figur 3.4B, så er mønsteret helt anderledes. Det er meget tydeligt, at kontrolgruppen vender hurtigere tilbage fra deres sygemeldinger, og forskellen mellem overlevelseskurver er relativ stabil op til uge 36, når forskellen vokser bagefter.

Når vi ser på effekten af LTJS på afgangsrater, så fremstår der to forskellige billeder. Allokeringer til LTJS med kort ventetid har ikke signifikante effekter på afgang til beskæftigelse eller fra sygedagpenge mv., mens allokeringer til kurset med lang ventetid har en større negativ effekt (-0.28) på afgang fra sygedagpenge mv., signifikant på et 5-procents-niveau. Ser vi på effekten på afgang til beskæftigelse, så er den estimerede koefficient negativ og meget lignende effekten på sygedagpenge mv., men estimationen er ikke signifikant.

**Tabel 3.2** Effekt af LTJS-kursus på afgangsraten opdelt på ventetid

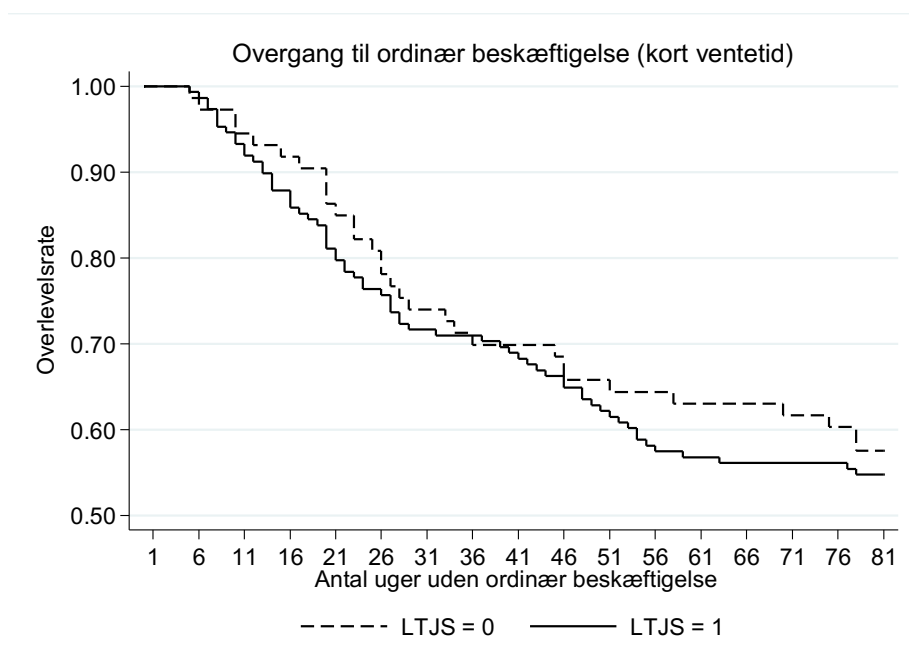
	Kort ventetid	Lang ventetid
Afgangsraten til ordinær beskæftigelse	0,05 (0,26)	-0,24 (0,17)
Observationer	12.620	17.536
Afgangsraten fra sygedagpenge mv.	-0,04 (0,18)	-0,28* (0,14)
Observationer	7.634	12.168

Note: Egne beregninger af  $\beta$  fra model (1) på DREAM-data og data om allokering til LTJS-kursus fra EPoS, Aarhus Universitet. \*  $p < 0,05$

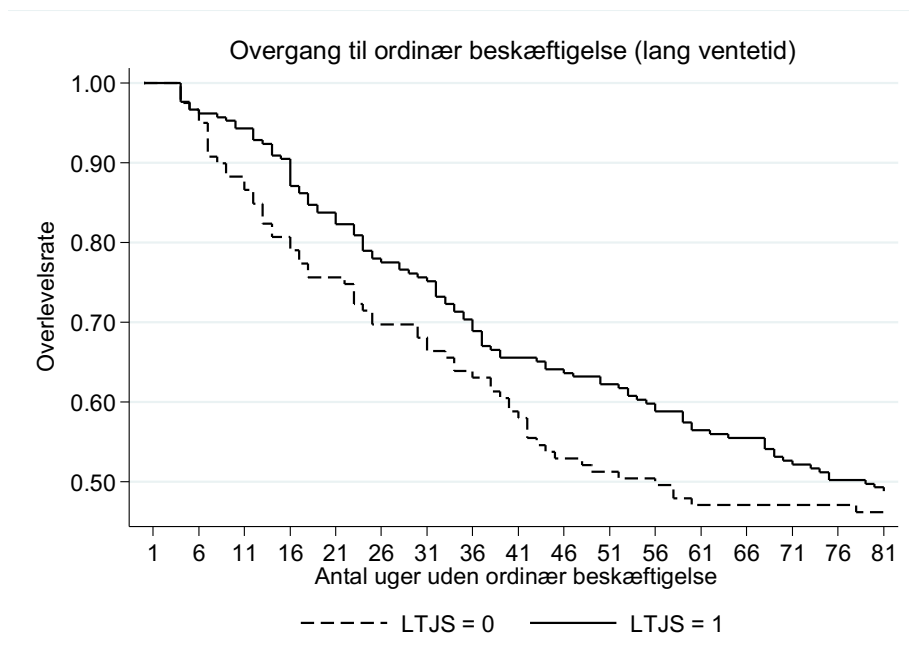


**Figur 3.4** Overgang til ordinær beskæftigelse opdelt på ventetid

A: Overgang til ordinær beskæftigelse for kursister med kort ventetid



B: Overgang til ordinær beskæftigelse for kursister med lang ventetid



Note: Egne beregninger på DREAM-data og data om allokering til LTJS-kursus fra EPOS, Aarhus Universitet.

Ser man på resultaterne fra regressionsanalyser, så går de estimerede effekter i samme retning som i overlevelsesanalyserne. Regressioner giver nogle mere præcise estimationer og mere polariserede effekter.

For deltagere med kort ventetid finder vi, at LTJS har en positiv effekt på beskæftigelse (figur 3.5A). Effekten stiger fra lige under 2 % i uge 10 til over 3.5 % i uge 81. Resultaterne er statistisk signifikante på 10-procents-niveau mellem uge 10 og uge 31, og i nogle enkelte uger er de også statistisk signifikante på 5-procents-niveau. Fra uge 30 er de estimerede effekter upræcise og i slutningen af måleperioden er beskæftigelseseffekterne ikke statistisk signifikant forskellige fra nul. Ser vi herefter på sygedagpenge mv. (figur 3.5B), så er effekten ikke statistisk signifikant i løbet af hele måleperioden.

Opsummerende for deltagere med kort ventetid, har indsatsen ikke noget lock-in-effekt. Derudfra finder vi evidens for, at LTJS-kursus har en positiv men midlertidig effekt på beskæftigelsen.

For deltagere med lang ventetid finder vi et billede, som hænger ret godt sammen med vores overlevelsesanalyse. Ser vi først på beskæftigelseseffekter (figur 3.6A), så har indkaldelse til LTJS ikke haft nogen betydning i løbet af de første uger, når deltagere ventede eller deltog i kurset. Men herefter har indsatsen haft en negativ og meget stabil effekt på beskæftigelse på omkring -4.5 %. Fra uge 61 og indtil slutningen af måleperioden bliver effekten statistisk signifikant på 5-procents-niveau.

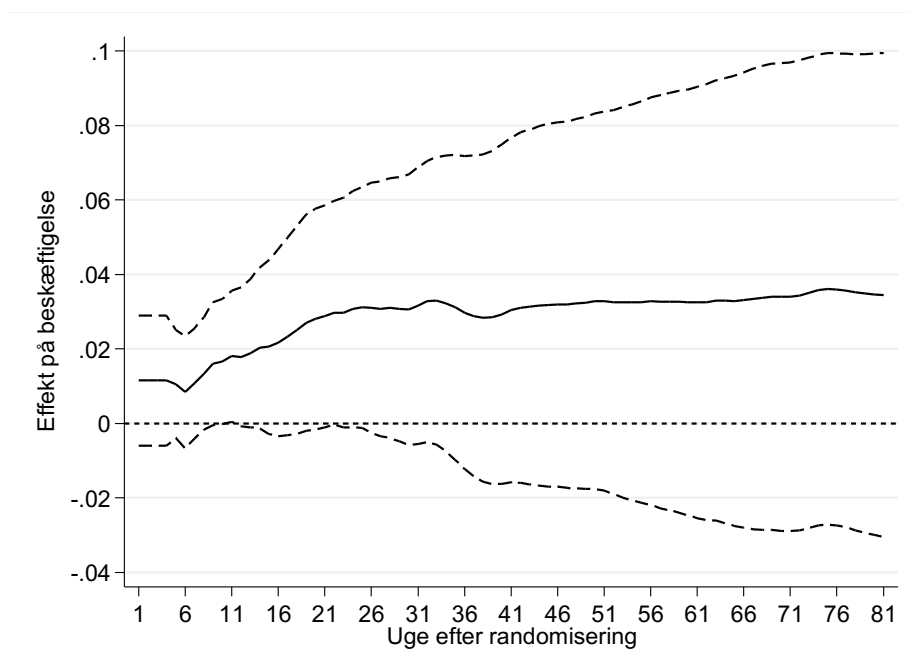
Ser vi herefter på sygedagpenge mv. blandt deltagere med lang ventetid (figur 3.6B), så viser resultaterne allerede i uge 1, at ventetiden har forhøjet ydelser for uarbejdsdygtige blandt interventionsgruppen. LTJS har en relativ stabil positiv effekt på modtagelse af sygedagpenge mv. i hele måleperioden på omkring 8 %, som er statistisk signifikant på 5-procents-niveau i starten af måleperioden og i det andet år efter allokering.

De fundne effekter på beskæftigelse og sygedagpenge mv. kan i første omgang forklares af den negative betydning af ventetid fra visitation/allokering til kursusstart. Den positive beskæftigelseseffekt blandt kursister med kort ventetid peger imidlertid på, at LTJS også kan have en behandlings-effekt, men effekten er ikke statistisk signifikant 6 måneder efter allokering.

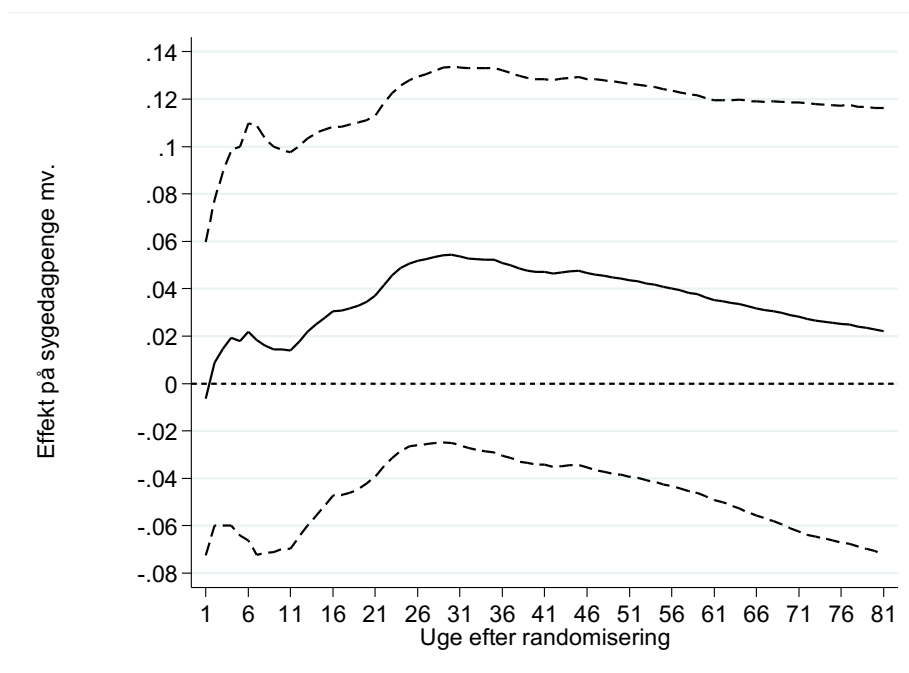
I næste afsnit undersøger vi sammenhængen mellem beskæftigelseseffekter og de sygemeldtes self-efficacy-niveau.

**Figur 3.5** Effekt af LTJS for allokeringer med kort ventetid

A: Effekt af LTJS på beskæftigelse for kursister med kort ventetid



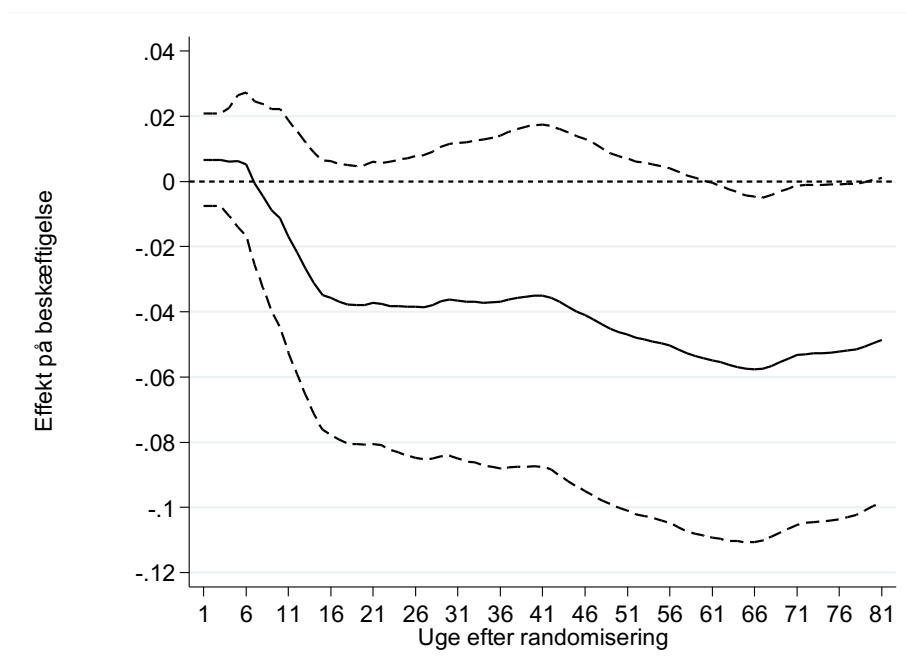
B: Effekt af LTJS på sygedagpenge mv. for kursister med kort ventetid



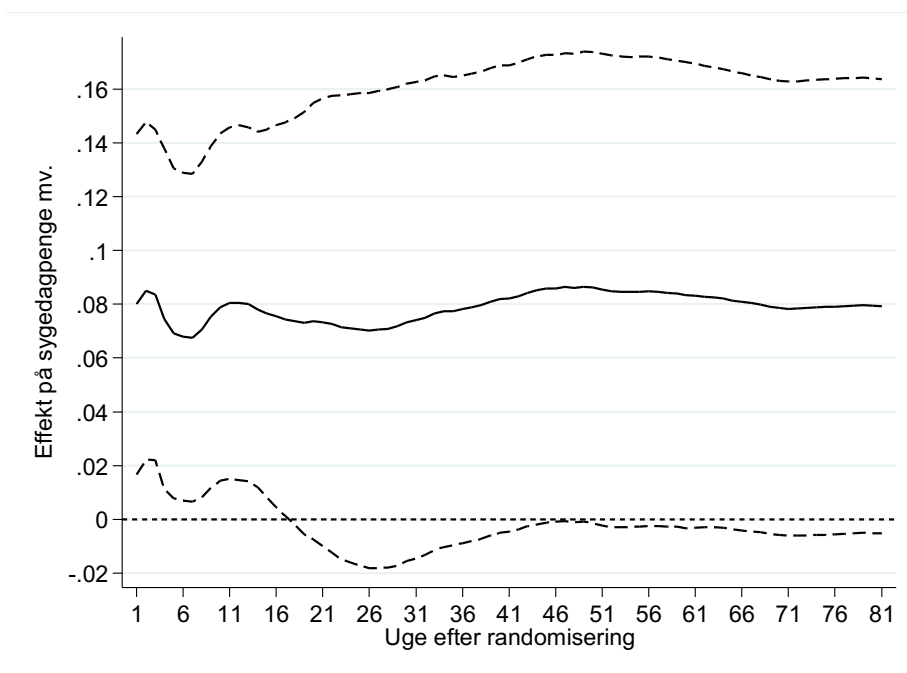
Note: Egne beregninger af  $\tau_t$  fra model (2) på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. 95 % Konfidensinterval i stiplede linje.

**Figur 3.6** Effekt af LTJS for allokeringer med lang ventetid

A: Effekt af LTJS på beskæftigelse for kursister med lang ventetid



B: Effekt af LTJS på sygedagpenge mv. for kursister med lang ventetid



Note: Egne beregninger af  $\tau_t$  fra model (2) på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. 95 % konfidensinterval i stiplede linje.

### 3.4 Self-efficacy og beskæftigelseeffekt

I dette afsnit undersøger vi hvilken betydning deltageres self-efficacy-niveau har for beskæftigelse-effekterne. Frederiksen et al. (2018) finder, at LTJS øget kursisters self-efficacy lige efter kurset. Derfor er det relevant at se på, hvorvidt denne effekt hænger sammen med de svage beskæftigelse-effekter fundet i vores evaluering. Der er begrænset evidens om betydningen af ikke-kognitive færdigheder for beskæftigelse (Dohmen, 2014), og derfor er betydningen af self-efficacy for effekten relevant, ikke kun for vores evaluering men også for vores forståelse af sygemeldtes adfærd.

Inden vi ser nærmere på effekter opdelt på self-efficacy før kurset, undersøger vi personens socio-demografiske baggrund og årsag til sygemelding. Tabel 6.1 i bilaget viser, at beskæftigelse-effekterne er positive for nogle af disse grupper, men ingen af disse positive effekter er statistisk signifikante på 5-procentsniveau. Analysen viser også, at for nogle af de karakteristika med stærkest sammenhæng med personens self-efficacy (personer med videregående uddannelse og personer med lavt forbrug af sygedagpenge før kurset) finder vi negative og statistisk signifikante beskæftigelse-effekter.

Vi undersøger nu, hvorvidt kursister med lav self-efficacy vender hurtigere tilbage til arbejde på grund af LTJS, med følgende regression:

$$Y_i = \text{Lav SE}_i \cdot \left( \tau_1 \cdot \text{LTJS}_i + \sum_{k=1}^K \beta_{k1} \cdot \text{Kom}_i(k) \right) + \text{Høj SE}_i \cdot \left( \tau_2 \cdot \text{LTJS}_i + \sum_{k=1}^K \beta_{k2} \cdot \text{Kom}_i(k) \right) + X_i' \delta_t + \varepsilon_i \quad (3)$$

hvor Lav SE<sub>*i*</sub> er en indikatorvariabel, der angiver, at person *i* har et lavt niveau af self-efficacy inden kursus. Standardfejl estimeres med klynger for hold.

Vi benytter University of Washington Self-efficacy Scale (UW-SES) til at måle personens self-efficacy i håndtering af sygefravær (Boks 3.1 viser den 6 item udgave anvendt i baseline-spørgeskemaet og i spørgeskemaer lige efter kurset).

#### Boks 3.1 University of Washington Self Efficacy Scale (6 item)

Føler du dig sikker på at:

1. Du kan gøre noget, så det fysiske ubehag ved din sygdom ikke står i vejen for de ting, du gerne vil?
2. Du kan sørge for, at sygdommen ikke ødelægger din evne til at klare uventede hændelser?
3. Du kan forhindre, at din sygdom hæmmer dig i samværet med andre?
4. Du kan undgå, at sygdommen bliver midtpunktet i dit liv?
5. Du kan komme dig over frustrationer, nedture og skuffelser, som du oplever på grund af din sygdom?
6. Du kan finde frem til brugbare løsninger på problemer, der opstår som følge af sygdommen?

Svar:	Slet ikke	En smule	Nogenlunde	Meget	Fuldstændig
Score:	0	1	2	3	4

Note: Man får 0 points, hvis man svar slet ikke til alle spørgsmål. Svar man fuldstændig til alle spørgsmål om mestring af sygdom, så får man 24 points.

I tabel 3.3 vises  $\tau_1$  og  $\tau_2$ . Vi beregner disse koefficienter for forskellige grænseværdier for bedre at kunne vurdere sammenhæng mellem beskæftigelseseffekter og self-efficacy. I første kolonne ser vi udfaldsmål "Andel af uge i beskæftigelse i uge 81" blandt personer i kontrolgruppen. Her kan man tydeligt se, at personer med lav self-efficacy har meget lav beskæftigelse efter kursus, kun mellem 10 % og 18 % af tiden i over 1,5 år. Personer med høj self-efficacy har mellem 2 og 3 gange højere beskæftigelsesfrekvens i sammen periode. I kolonne 2 af tabel 3.3 ser vi effekten på beskæftigelse. Den estimerede koefficient  $\tau_1$  stiger, når grænseværdi falder. Effekten er statistisk signifikant på 5-procents-niveau for grupper med laveste self-efficacy op til grænseværdier 6, 7 og i 10-procents-niveau for self-efficacy op til grænseværdi 8. LTJS ser ud til at være yderst hjælpsomt for mennesker med meget lav self-efficacy. For grupper med self-efficacy mellem 0-7, betyder LTJS-kurset en 100 % forøgelse af deres beskæftigelse (som i kontrolgruppen er ekstrem lav, omkring 10 %), mens for gruppen med self-efficacy mellem 0-8 betyder LTJS-kurset en 50 % forøgelse i forhold kontrolgruppen.

Vi finder den omvendte situation for sygemeldte med høj self-efficacy. Jo højere grænseværdien er, jo større er den negative effekt på beskæftigelse. Effekten er signifikant på 5-procents-niveau for grupper med self-efficacy mellem 10-24, 11-24, 12-24, og mellem 13-24.

Når vi så ser på effekten på sygedagpenge mv. blandt personer med høj self-efficacy, så er det indlysende at *ex-ante*- og eventuelle lock-in-effekt afhænger af personens self-efficacy. Effekter på sygedagpenge mv. er alle sammen statistisk signifikante på 1-procent-niveau, og størrelsen af effekten stiger sammen med grænseværdier.

**Tabel 3.3** Beskæftigelseeffekter opdelt på self-efficacy før kurset

UW-SES før kurset	Beskæftigelse i uge 81		Sygedagpenge mv, i uge 81		Gruppe størrelse (%)
	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	
<i>Langtidssygemeldte med lav self-efficacy</i>					
0 – 6	0,10	0,12* (0,05)	0,54	-0,10 (0,07)	19
0 – 7	0,11	0,12** (0,04)	0,58	-0,13# (0,06)	24
0 – 8	0,14	0,07# (0,04)	0,55	-0,05 (0,05)	31
0 – 9	0,14	0,05 (0,03)	0,56	-0,03 (0,05)	38
0 – 10	0,17	0,03 (0,03)	0,55	-0,01 (0,05)	46
0 – 11	0,17	0,03 (0,03)	0,53	-0,01 (0,04)	55
0 – 12	0,16	0,03 (0,03)	0,53	-0,01 (0,04)	62
0 – 13	0,18	0,00 (0,03)	0,51	-0,01 (0,04)	68
0 – 14	0,18	0,01 (0,03)	0,51	-0,01 (0,04)	73
<i>Langtidssygemeldte med høj self-efficacy</i>					
7 – 24	0,26	-0,05* (0,02)	0,41	0,12** (0,04)	81
8 – 24	0,28	-0,06* (0,03)	0,38	0,13** (0,05)	69
9 – 24	0,29	-0,05 (0,03)	0,34	0,15** (0,05)	54
10 – 24	0,34	-0,11* (0,05)	0,27	0,20** (0,06)	38
11 – 24	0,38	-0,14* (0,06)	0,22	0,27** (0,07)	27
12 – 24	0,27	-0,06* (0,02)	0,38	0,14** (0,04)	76
13 – 24	0,29	-0,06* (0,03)	0,35	0,14** (0,05)	62
14 – 24	0,32	-0,07# (0,04)	0,31	0,17** (0,05)	45
15 – 24	0,36	-0,10 (0,06)	0,26	0,25** (0,07)	32

Note: Egne beregninger af  $\tau_1$  og  $\tau_2$  fra model (3) på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet, # p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01.

I tabel 3.4 sammenlignes koefficienter  $\tau_1$  for personer med self-efficacy og ventetid under 21 dage. Resultaterne viser, at effekterne er uændrede for grupper med laveste self-efficacy, men effekterne stiger en lille smule for grupperne 0-8 og 0-9, hvis ventetid afgrænses.

**Tabel 3.4** Beskæftigelseseffekter for Langtidssygemeldte med lav self-efficacy og varierende ventetid

UW-SES før kurset	Beskæftigelse i uge 81		Sygedagpenge mv, i uge 81	
	Alle	Ventetid under 21 dage	Alle	Ventetid under 21 dage
0 – 6	0.12* (0.05)	0.11# (0.06)	-0.10 (0.07)	-0.05 (0.08)
0 – 7	0.12** (0.04)	0.13* (0.05)	-0.13# (0.06)	-0.11 (0.08)
0 – 8	0.07# (0.04)	0.09# (0.05)	-0.05 (0.05)	-0.08 (0.06)
0 – 9	0.05 (0.03)	0.08# (0.05)	-0.03 (0.05)	-0.09 (0.06)
0 – 10	0.03 (0.03)	0.03 (0.04)	-0.01 (0.05)	-0.02 (0.06)
0 – 11	0.03 (0.03)	0.03 (0.04)	-0.01 (0.04)	-0.04 (0.05)
0 – 12	0.03 (0.03)	0.04 (0.04)	-0.01 (0.04)	-0.05 (0.05)
0 – 13	0.00 (0.03)	0.01 (0.03)	-0.01 (0.04)	-0.04 (0.04)
0 – 14	0.01 (0.03)	0.02 (0.03)	-0.01 (0.04)	-0.03 (0.04)
Observationer	567	403	567	403

Note: Egne beregninger af  $\tau_1$  og  $\tau_2$  fra model (3) på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. #  $p < 0,1$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Vores resultater viser, at LTJS har meget heterogene effekter afhængig af hvor meget self-efficacy deltagerne har lige inden de bliver allokeret til indsatsen. Disse resultater peger på, at det kun er de langvarige sygemeldte med lav self-efficacy, der får noget ud af at få plads i kurset. Ventetid er mindre afgørende for indsatsens effektivitet blandt personer med lav self-efficacy og har kun en begrænset betydning for grupper, der inkluderer personer med mellem-lav self-efficacy.

### 3.5 Mekanismeanalyse

Resultaterne fra tabel 3.4 viser, at ex-ante-effekten ikke er betydningsfuld for den samlede beskæftigelseseffekt af LTJS på personer med lav self-efficacy. Alligevel kan flere forskellige mekanismer være bag behandlingseffekterne på beskæftigelse.

For det første forsynes LTJS-kursisterne med redskaber til bedre at kunne håndtere deres sygdom. På denne baggrund kan kursister få et bedre helbred, hvis de forholder sig mere aktivt til deres sygdom.

For det andet kan kursisterne udvide deres viden om håndteringen af symptomer, og derfor kan de opfatte deres sygdom som mindre alvorlig end hvis de ikke havde deltaget i LTJS.



For det tredje giver LTJS også redskaber til håndtering af tilbagevending til arbejde, ud over redskaber til håndtering af sygdom. Det kan bidrage til, at personer med lav self-efficacy mere intensivt søger job uanset deres helbred eller sygdomsopfattelse.

For det fjerde danner kursisterne relationer til andre kursister i løbet af de 6 uger og muligvis også efter kurset. Det nye sociale netværk kan have betydningsfulde peer-effekter (se Manski, 1993). LTJS samler personer med lignende udfordringer, og derfor kan kursister lære fra andre kursisters erfaringer eller hjælpe hinanden til at vende tilbage til arbejde.

Vores data indeholder en række selvvaluerede helbredsvariabler målt lige efter kurset, som muliggør, at vi kan undersøge nogle af disse underliggende mekanismer. Kursister rekrutteres til LTJS ved lodtrækning, og derfor sammensættes gruppen også ved lodtrækning. Dette muliggør, at vi også kan undersøge peer-effekter. Vi har desværre ikke information om personens jobsøgning, og derfor kan vi ikke 100 % afvise denne mekanisme. På baggrund af vores effekt-mekanismeanalyse, kan vi kun påstå, at jobsøgningsmekanismen er plausible i tilfældet af svag evidens om andre mekanismer.

I første række af tabel 3.5 ser vi effekten på self-efficacy for fire forskellige grupper. Vi finder, at effekten på self-efficacy er statistisk signifikant på 5-procents-niveau for de fire grupper, også for grupper (0-8) og (0-9), hvor evidensen om beskæftigelseseffekter var svag. Den stærke evidens om self-efficacy-forbedringer blandt personer med lav self-efficacy før kurset støtter, at beskæftigelses-effekter kan være drevet af bedre helbred eller/og bedre opfattelse af helbred.

I rækkerne 2 til 9 i tabel 3.5 viser vi effekten på forskellige dimensioner af symptomopfattelse (målt med Brief Illness Perception Questionnaire). Her kan vi meget tydeligt se, at LTJS har stor betydning for, i hvilken grad personen opfatter deres symptomer som alvorlige. Effekterne på BIPQ-Symptomer er statistisk signifikant på 1-procents-niveau for de fire grupper. Ser vi på andre BIPQ-variabler, så er der tegn på, at kurset reducerer, i hvor høj grad personen føler sig påvirket af sygdom (effekter statistiske signifikant på 5-procents-niveau for grupper 0-6 og 0-7), og der er også tegn på, at personen føler at have mere kontrol over sin sygdom.

**Tabel 3.5** Helbredseffekter kort efter kurset for sygemeldte med lav self-efficacy

Udfaldsmål	UW SES før kurset								Obs
	0 – 6		0 – 7		0 – 8		0 – 9		
	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	
UW-SES	7,78	2,39* (1,16)	7,72	2,05* (0,91)	8,05	1,84* (0,69)	8,17	2,03** (0,65)	447
BIPQ – Påvirkning	8,09	-2,24* (0,93)	8,05	-1,87** (0,59)	7,63	-0,95 (0,58)	7,46	-0,58 (0,54)	455
BIPQ – Varighed	7,37	-1,95# (1,01)	7,33	-1,92* (0,78)	7,05	-1,01 (0,67)	6,82	-0,46 (0,59)	455
BIPQ – Kontrol	2,18	1,20# (0,68)	2,15	1,02# (0,58)	2,50	0,73# (0,43)	2,61	0,70# (0,38)	455
BIPQ – Behandling	3,65	0,47 (0,70)	4,01	-0,56 (0,45)	3,88	0,01 (0,43)	3,75	0,11 (0,40)	455
BIPQ – Symptomer	7,82	-2,54** (0,78)	7,86	-2,47** (0,60)	7,48	-1,52** (0,51)	7,25	-1,04* (0,47)	455
BIPQ – Bekymring	7,49	-1,74 (1,04)	7,33	-1,27# (0,70)	6,97	-0,74 (0,56)	6,72	-0,44 (0,47)	455
BIPQ – Forståelse	3,64	-0,44 (0,96)	3,39	-0,18 (0,73)	3,63	-0,12 (0,51)	3,48	0,37 (0,48)	455
BIPQ – Følelser	7,91	-0,71 (0,66)	7,57	-0,45 (0,62)	7,17	-0,10 (0,57)	7,09	-0,07 (0,55)	455
Arbejdsevne	49,78	-7,63 (9,25)	45,69	-0,48 (6,80)	46,52	0,58 (4,21)	47,53	-0,95 (3,67)	455
Smerter	5,16	-1,44 (0,97)	5,42	-1,25# (0,73)	5,30	-0,74 (0,52)	5,08	-0,57 (0,39)	455
Træthed	6,52	-1,31# (0,77)	6,55	-0,91 (0,56)	6,53	-0,69# (0,39)	6,25	-0,34 (0,37)	455
Stakåndethed	3,00	-0,83 (0,81)	2,59	-0,61 (0,47)	2,45	-0,20 (0,42)	2,41	-0,47 (0,38)	455
Søvnkvalitet	3,96	-0,22 (0,95)	4,01	-0,05 (0,63)	3,75	0,48 (0,40)	4,03	0,38 (0,38)	455
Receptpligtig medicin	0,59	-0,08 (0,14)	0,64	-0,03 (0,10)	0,64	0,07 (0,09)	0,64	0,05 (0,09)	450
Smertestillende i håndkøb	0,89	0,02 (0,13)	0,91	-0,03 (0,09)	0,90	0,00 (0,07)	0,85	0,07 (0,07)	448
Receptpligtig smertestillende	0,63	-0,07 (0,15)	0,70	-0,15 (0,11)	0,66	-0,01 (0,10)	0,65	-0,05 (0,08)	448
Kontakt med læge	2,22	0,08 (0,32)	2,33	0,12 (0,44)	2,26	0,33 (0,35)	2,13	0,30 (0,28)	441
Kontakt med psykolog	0,96	0,58 (0,55)	0,97	0,44 (0,31)	0,91	0,42 (0,27)	0,88	0,30 (0,21)	434
Kontakt med fysioterapeut	2,67	-0,14 (0,90)	2,14	1,40 (1,87)	1,86	1,52 (1,29)	1,60	1,42 (1,04)	440
Akut kontakt	0,15	-0,01 (0,10)	0,17	-0,09 (0,10)	0,16	-0,11 (0,07)	0,13	-0,10# (0,06)	436
Indlæggelser	0,07	-0,04 (0,08)	0,08	-0,04 (0,07)	0,07	-0,01 (0,05)	0,06	-0,01 (0,04)	436

Note: Kontrolkolonner viser de gennemsnitlige værdier af helbredsudfaldsmål blandt kontrolgruppen. ATE-kolonner viser de effekter (Average Treatment Effect) # p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01.

Ser vi herefter på mere objektive helbredsudfaldsmål, så er der meget svag evidens for, at LTJS faktisk forbedrer personens helbred. Vi finder ingen effekt på personens selvvaluerede arbejdsevne, som opsummerer personens helbred i forhold arbejdsmarkedet. Vi finder ingen effekt på persons forbrug af medicin eller kontakt med sundhedsvæsenet. Vi finder nogle enkelte effekter statistiske signifikant på 10-procent niveau, men disse effekter matcher ikke størrelsesmæssig effekter på symptomopfattelse og self-efficacy.

Den markante forbedring i forhold til hvordan kursisterne oplever deres sygdom drives sandsynligvis af indholdet på LTJS-kurset, hvor håndtering af symptomer har et central plads. Men vi kan ikke

udelukke peer-effekter, og derfor er det relevant til at undersøge, hvorvidt holdsammensætningen har betydning for effekterne. Kursister med høj self-efficacy kan eventuelle bidrage til at kursister med lav self-efficacy ændre både deres tiltro til egne evne til at håndtere sygdom og deres opfattelse af alvorlige symptomer. Hvis peer-effekter er større, så kan det være svært at ekskludere personer med høj self-efficacy fra kurset på grund af deres positive indflydelse på andre kursister.

Da personerne blev randomiseret til indsatsen, blev også holdsammensætningen randomiseret, og således har vi i vores stykkeprøve stor variation i gruppesammensætningen. Vi estimerer følgende regression

$$Y_i = \tau_1 \cdot \text{Lav SE}_i \cdot \text{Peers Lav SE}_i \cdot \text{LTJS}_i + \tau_2 \cdot \text{Lav SE}_i \cdot (1 - \text{Peers Lav SE}_i) \cdot \text{LTJS}_i + \tau_3 \cdot (1 - \text{Lav SE}_i) \cdot \text{Peers Lav SE}_i \cdot \text{LTJS}_i + \tau_4 \cdot (1 - \text{Lav SE}_i) \cdot (1 - \text{Peers Lav SE}_i) \cdot \text{LTJS}_i + \delta_{1k} \cdot \text{Lav SE}_i + \delta_{2k} \cdot (1 - \text{Lav SE}_i) + X_i' \delta + \varepsilon_i \quad (4)$$

hvor  $\text{Peers Lav SE}_i$  er en indikator variabel, der angiver, at personen  $i$  er på hold sammen med mange personer med lav self-efficacy.<sup>13</sup>

Vi estimerer først model (4) under antagelse af, at peers ingen betydning har for deltagere med høj self-efficacy ( $\tau_3 = \tau_4$ ). I tabel 3.6 vises resultaterne for self-efficacy og beskæftigelse. Ser vi først på effekterne på self-efficacy, så er der ingen statistisk signifikant forskel mellem hold med mange eller med få deltagere med lav self-efficacy. Ser vi herefter på beskæftigelseeffekter, så er effekterne igen meget sammenlignelige.

Ser vi herefter for model (4) med peer-effekter på kursister med høj self-efficacy, så kan vi heller ikke finde, at kursussammensætning har betydning for self-efficacy blandt deltagere med høj self-efficacy. Men vi ser tegn på, at kursister med høj self-efficacy kan have en negativ betydning for beskæftigelse for de andre holdkammerater med høj self-efficacy.

**Tabel 3.6** Peers effekter af deltageres self-efficacy

Deltagers self efficacy og self efficacy af holdet før allokering	Effekt på self efficacy	Effekt på beskæftigelse
Model (4)		
Deltager har lav self-efficacy og resten af hold har lav self-efficacy	1.65* (0.73)	0.06 (0.05)
Deltager har lav self-efficacy og resten af hold har høj self-efficacy	2.07* (0.81)	0.07# (0.04)
Deltager har høj self-efficacy	0.39 (0.67)	-0.06* (0.03)
Observationer	567	567
Model (4) med ( $\tau_3 = \tau_4$ ).		
Deltager har lav self-efficacy og resten af hold har lav self-efficacy	1,64* (0,73)	0,06 (0,05)
Deltager har lav self-efficacy og resten af hold har høj self-efficacy	2,08* (0,81)	0,073# (0,04)
Deltager har høj self-efficacy og resten af hold har lav self-efficacy	0,59 (0,82)	-0,04 (0,04)
Deltager har høj self-efficacy og resten af hold har høj self-efficacy	0,18 (0,69)	-0,08* (0,03)
Observationer	567	567

Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. Deltagere med lav self-efficacy har UW-SES mellem 0-8, mens deltagere med høj self-efficacy har UW-SES mellem 9-24. # p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01.

<sup>13</sup> Peers Lav SE<sub>i</sub> = 1 hvis andel af andre personer i holdet med UW-SES under 18 overstiger medianen for alle hold (0,54).

Det kan konkluderes, at betydning af LTJS for deltagere med lav self-efficacy ikke afhænger af holdsammensætning, og derfor kan det forventes, at afgræsningen af målgruppen i forhold til deres self-efficacy-niveau vil øge effektivitet af LTJS. Samtidig viser vores resultater også, at beskæftigelseseffekten for borgere med høj self-efficacy forværres hvis der er mange andre kursister med høj self-efficacy. Derfor vil eksklusionen af denne gruppe langvarigt sygemeldte være bedst af hensyn til at styrke deres tilbagevenden til arbejde.

Det er på baggrund af de observerede karakteristika (se tabel 2.2) ikke indlysende, hvordan sagsbehandlere kan identificere personer med lav self-efficacy ud fra informationen indsamlet på nuværende tidspunkt i jobcentrerene. Personer med lav og høj self-efficacy er ens i en række karakteristika som fx psykisk årsag til sygemelding, sygemelding fra ordinær job, forbrug af sygedagpenge mv. i uger 26-1 før allokering til kursus, kontakt med læge, kontakt med psykolog, kontakt med fysioterapeut, akut kontakt eller indlæggelse, arbejdstimer før sygemelding, forventede arbejdstimer efter sygefravær, eller forventede opgaver efter sygefravær.

University of Washington Self-Efficacy Scale kan nemt anvendes af sagsbehandlere ved den første eller anden opfølgningssamtale til at frasortere de sygemeldte, som LTJS ikke forventes at kunne hjælpe tilbage til arbejdsmarkedet. Og det kan også betyde, at de frasorterede personer vender hurtigere tilbage til jobbet, hvis der er lang ventetid til kursusstart.

Opsummerende finder vi, at de positive beskæftigelseseffekter af LTJS på personer med lav self-efficacy er drevet af personen via kurset får øget tiltro til egne evner til at håndtere sygdom, der fører til, at personen oplever egne symptomer mindre alvorlige og er mindre påvirket af det. Vi finder ingen tegn på peer-effekter, og derfor konkluderer vi, at indsatsen virker for personer med lav self-efficacy, fordi indholdet af LTJS-kurset forsyner deltagerne med viden og brugbare redskaber til håndtering af symptomer. Dette gør, at personer der har lav self-efficacy inden kurset opfatter deres symptomer mindre alvorlige efter kurset, sammenlignet med hvis de ikke havde deltaget i kurset. Og det betyder, at disse personer også raskmelder sig hurtigere, end hvis de ikke havde deltaget i LTJS.

## 4 Robusthed

I dette kapitel undersøger vi følsomheden af vores resultater til model (2)-specifikationen. Vi har i figur 2.2 vist, at kort ventetid fordeler sig en lille smule mere koncentreret blandt indsatsgruppen end blandt kontrolgruppen. Figur 4.1A og figur 4.1B viser, at resultaterne er fuldstændig ens, når vi kontrollerer for personens ventetid i model (2). Beskæftigelseseffekter opdelt på self-efficacy er også robuste til at kontrollere for ventetid (se tabel 4.1).

Inklusionen af risikofaktorer  $X_i$  i (2) sigter efter at øge den statistiske styrke af vores regressionsanalyse. Randomisering sikrer, med mindre kontrolgruppen og interventionsgruppen ikke er balanceret, at effekterne er identificeret uden risikofaktorer, dvs. de estimerede effekter i model (2) skulle være meget lignende, dog mere præcis, til effekterne estimerede med model.

$$Y_{it} = \tau_t \cdot LTJS_i + \sum_{k=1}^K \beta_{kt} \cdot Kom_i(k) + \varepsilon_i \quad (5)$$

I figur 4.2 vises effekterne på beskæftigelse og sygedagpenge mv. samt vores hovedresultater fra model (2). Begge paneler viser ikke at inkludere de fire risikofaktorer i modellen, hvilket ingen betydning har for resultaterne, både for beskæftigelseseffekter og for effekter på sygedagpenge mv.

Model (2) identificerer effekten af LTJS, så længe effekten er homogen på tværs af kommunerne. Hvis LTJS virker meget anderledes, afhængig af hvilken kommune personen kommer fra, så vil den estimerede effekt med model (2) i alt for høj grad afspejle effekterne fra kommuner med flest deltagere eller kommuner, hvor udfaldsmål har mest variation (Imbens & Rubin, 2015).

Til at undersøge robusthed af vores resultater til kommunal variation i effekter, anvender vi regressionen forslået i Imbens & Rubin (2015, side 205):

$$Y_{it} = \tau_t \cdot LTJS_i \cdot Kom_i(K) \frac{N}{N(K)} + \sum_{k=1}^K \tau_t(k) \cdot LTJS_i \cdot \left( Kom_i(k) - Kom_i(J) \cdot \frac{N(k)}{N(K)} \right) + \sum_{k=1}^K \beta_{kt} \cdot Kom_i(k) + X_i' \delta_t + \varepsilon_i \quad (6)$$

hvor  $\tau_t(k) = \mathbb{E}[Y_{it}(1) - Y_{it}(0) | Kom_i(k) = 1]$  er effekten af LTJS for deltagere fra kommune  $k$ . Odense, den kommune, der bidrager med flest deltagere, er referencekommune ( $K$ ),  $N$  er det samlede antal deltagere, og  $N(k)$  angiver antal observationer i kommune  $k$ .

I figur 4.3 vises, at vores effekter på beskæftigelse ikke ændres (se panel A), mens vores resultater, der vedrører sygedagpenge mv., er en lille smule højere end dem fra model (6), men mønstrene i de estimerede effekter er ens i hele måleperioden.

Effektevaluering med model (2) er konsistent under den forudsætning, at kursister ikke påvirker hinanden i deres tilbagevendende til arbejdsmarkedet. Vores resultater peger på effektmekanismer på individniveau, og at de estimerede effekter ikke er drevet af afsmitningseffekter fra kursister med forskellige niveauer af self-efficacy. Men vi kan ikke være sikre på, at en del af de estimerede effekter ikke også er drevet af andre slags afsmitningseffekter mellem kursister, fx jobsøgning peer-effekter. Hvis afsmitningseffekter er dominerende, så vil vores resultater på baggrund af model (2) ikke være konsistent.

Til at undersøge følsomhed over for generelle gruppeeffekter, omdanner vi model (2) til gruppeniveau ( $g = 1, \dots, 88$ ), hvor vi har 44 grupper af kursister, der deltog på samme kursus, og 44 grupper af deltagere fra samme hold, som blev allokeret til kontrolgruppen:

$$Y_{gt} = \tau_t \cdot LTJS_g + \sum_{k=1}^K \beta_{kt} \cdot Kom_g(k) + X_{gt}'\Gamma + E_{gt} \quad (7)$$

Hvor  $Y_{gt} = \sum_{i \in g} Y_{it}/N_g$ ,  $LTJS_g = \sum_{i \in g} LTJS_i/N_g$ ,  $X_g = \sum_{i \in g} x_i/N_g$  er de gennemsnitlige risikofaktorer i gruppe  $g$ ,  $E_{gt} = \sum_{i \in g} \varepsilon_{it}/N_g$ , og  $Kom_g(k) = \sum_{i \in g} Kom_i(k)/N_g$ .<sup>14</sup> Model (7) identificerer den samme effekt som model (2), men er robust over for afsmitningseffekter.

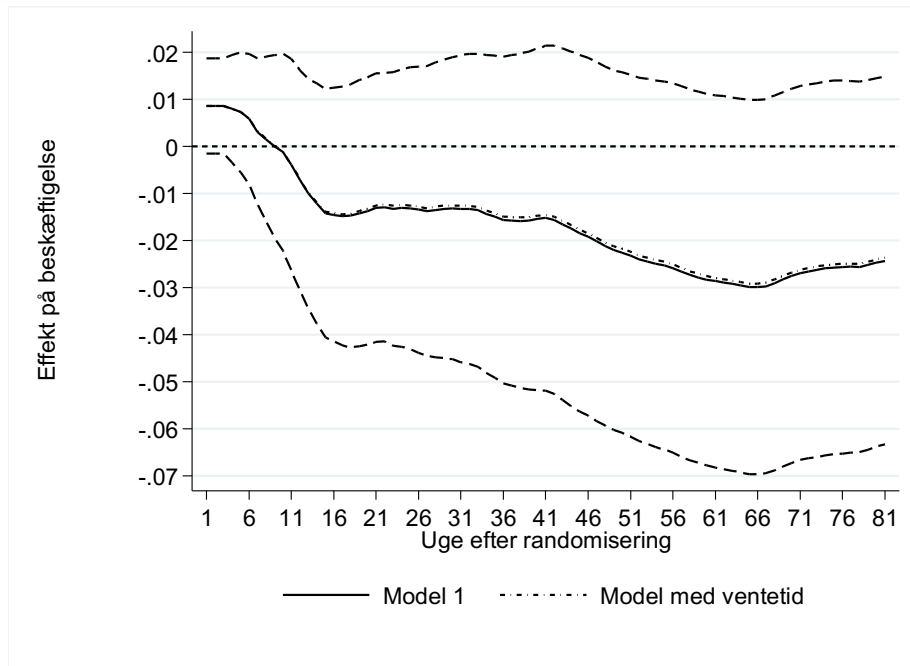
Figur 4.4 viser resultaterne fra model (7). I figuren ses, at de beskæftigelseseffekter, der findes i perioden mellem uge 7 og uge 41, som er estimerede med grupperede data, er en lille smule højere, end dem vi opnåede med model (2). Men hvis vi kigger på effekterne for resten af perioden, så er der mindre forskelle og samme mønstre. Ser vi herefter på effekten af LTJS på sygedagpenge mv. for gruppen, så er der næsten ingen forskel mellem resultaterne fra individuelle inferens (2) og gruppe inferens (7). Disse resultater afviser også, at afsmitningseffekter mellem kursister kan forklare beskæftigelseseffekter.

---

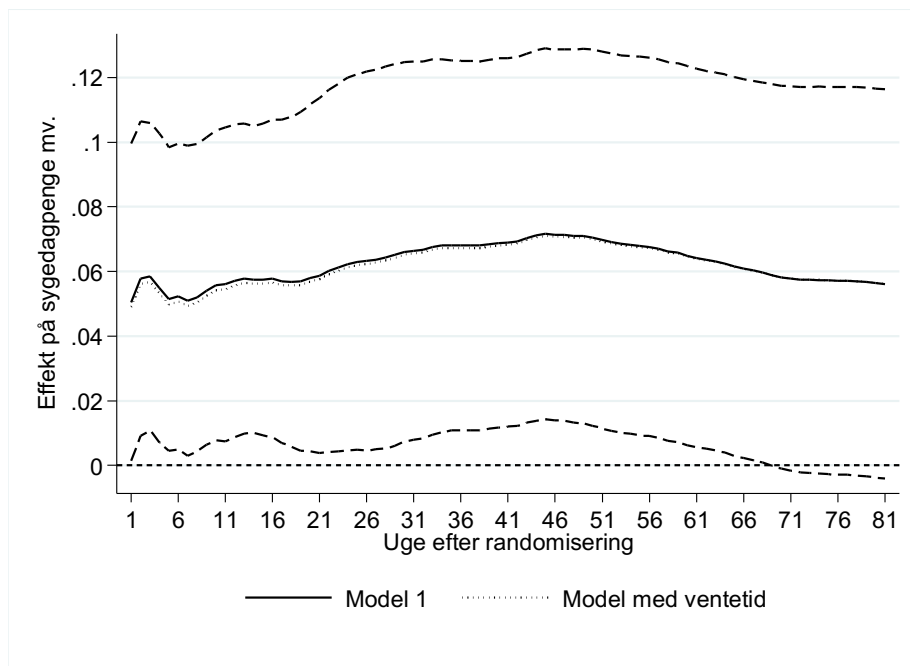
<sup>14</sup> Bemærk, at indsatsindikator  $LTJS_g$  og bopælskommune  $Kom_g(k)$  er ens for alle gruppens medlemmer.

**Figur 4.1** Effekt af LTJS med ventetid i modellen

A: Robusthed af effekt af LTJS på beskæftigelse



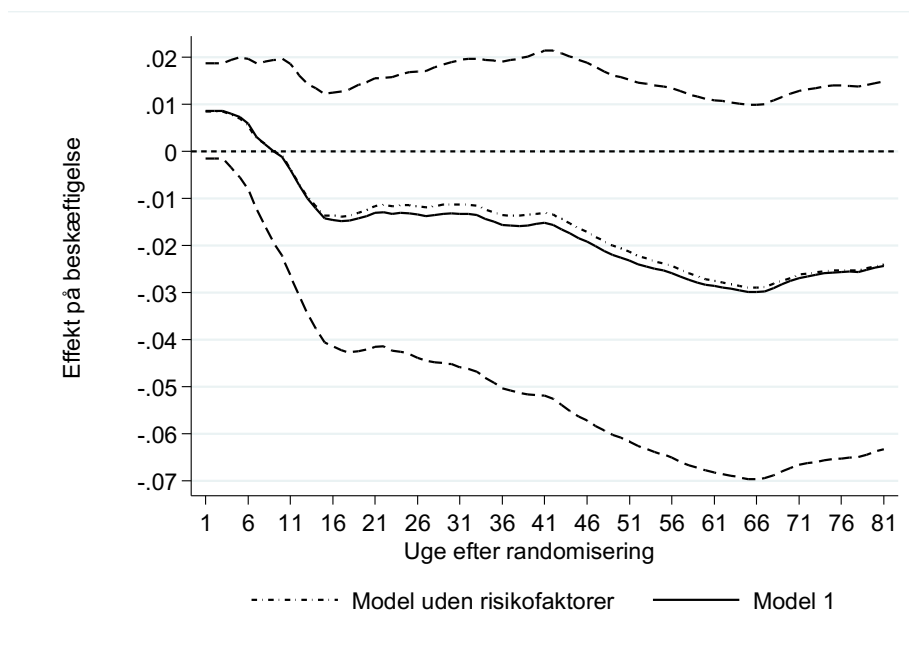
B: Robusthed af effekt af LTJS på sygedagpenge mv.



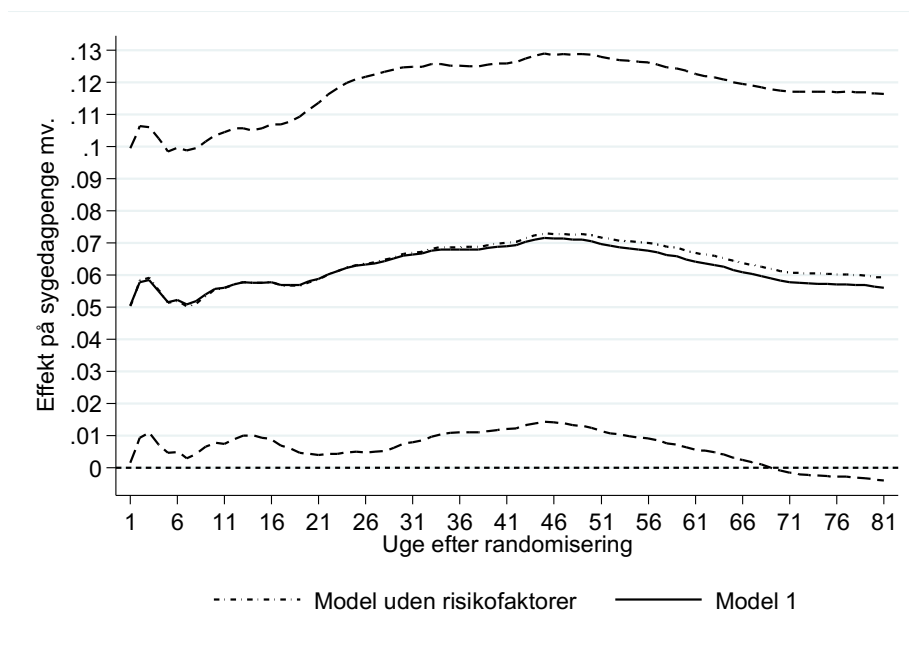
Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet.  
95 % konfidensinterval i stiplede linje.

**Figur 4.2** Effekt af LTJS uden risikofaktorer i modellen

A: Robusthed af effekt af LTJS på beskæftigelse



B: Robusthed af effekt af LTJS på sygedagpenge mv.

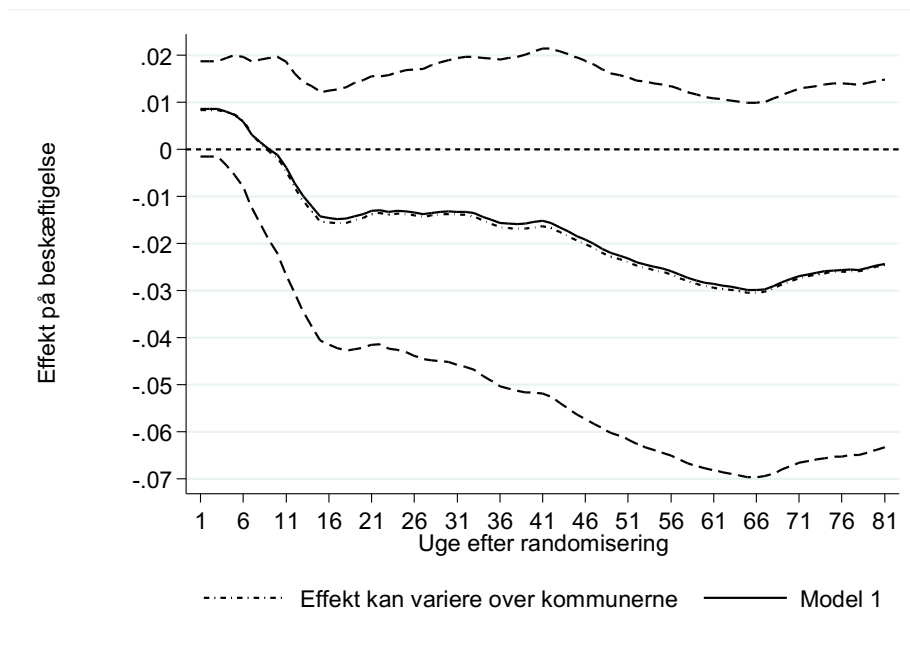


Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet.  
95 % konfidensinterval i stiplede linje.

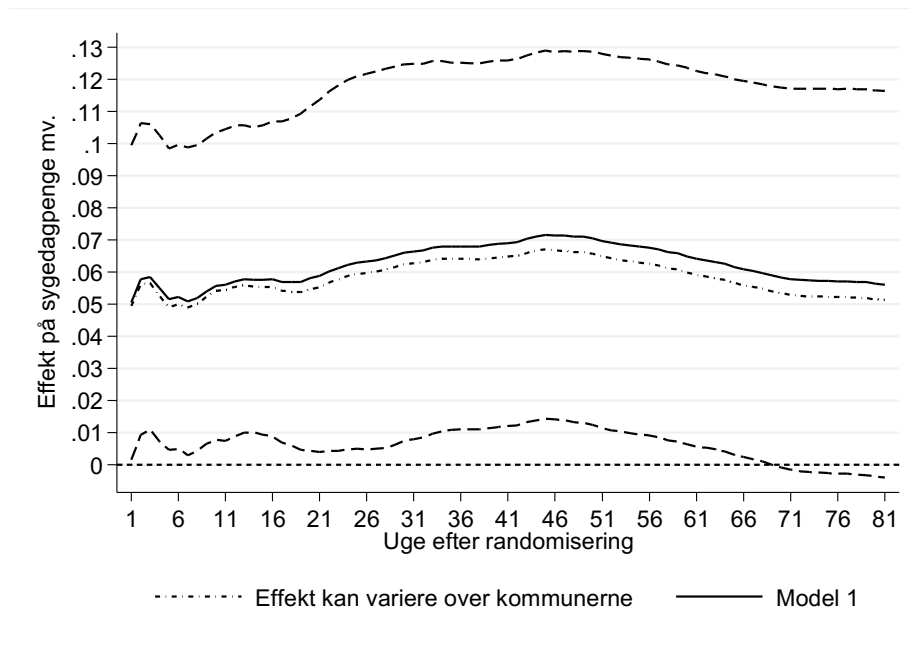


**Figur 4.3** Effekt af LTJS med heterogenitet over kommunerne

A: Robusthed af effekt af LTJS på beskæftigelse



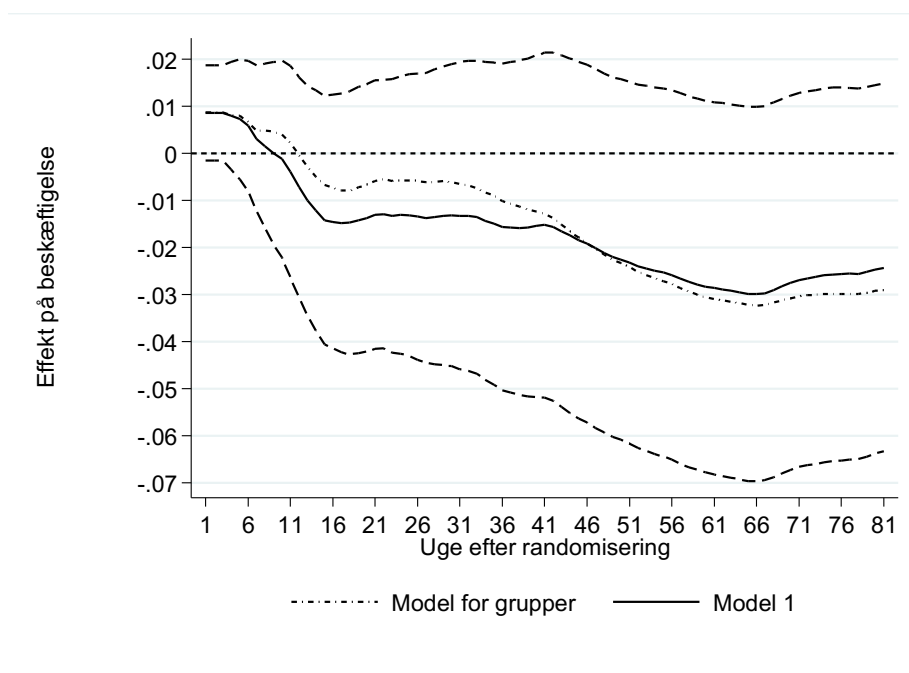
B: Robusthed af effekt af LTJS på sygedagpenge mv.



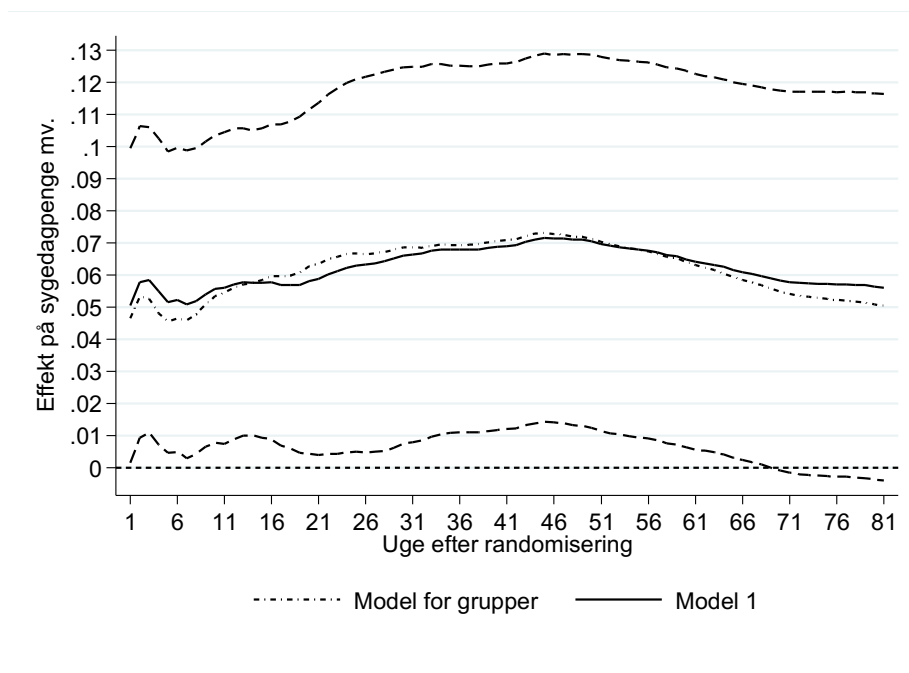
Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet.  
95 % konfidensinterval i stiplede linje.

**Figur 4.4** Effekt af LTJS for grupper

A: Robusthed af effekt af LTJS på beskæftigelse



B: Robusthed af effekt af LTJS på sygedagpenge mv.



Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet.  
95 % konfidensinterval i stiplede linje.

**Tabel 4.1** Beskæftigelseseffekter opdelt på self-efficacy før kurset givet ventetid

UW-SES før kurset	Beskæftigelse i uge 81		Sygedagpenge mv. i uge 81		Målgruppe størrelse (%)
	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	
<i>Langtidssygemeldte med lav self-efficacy</i>					
0 – 6	0,10	0,12* (0,05)	0,54	-0,10 (0,07)	19
0 – 7	0,11	0,12** (0,04)	0,58	-0,13# (0,06)	24
0 – 8	0,14	0,08# (0,04)	0,55	-0,05 (0,05)	31
0 – 9	0,14	0,05 (0,03)	0,56	-0,03 (0,05)	38
0 – 10	0,17	0,03 (0,03)	0,55	-0,01 (0,05)	46
0 – 11	0,17	0,03 (0,03)	0,53	-0,01 (0,04)	55
0 – 12	0,16	0,03 (0,03)	0,53	-0,01 (0,04)	62
0 – 13	0,18	0,00 (0,03)	0,51	-0,01 (0,04)	68
0 – 14	0,18	0,01 (0,02)	0,51	-0,01 (0,04)	73
<i>Langtidssygemeldte med høj self-efficacy</i>					
7 – 24	0,26	-0,05# (0,02)	0,41	0,12** (0,04)	81
8 – 24	0,28	-0,06* (0,02)	0,38	0,14** (0,04)	69
9 – 24	0,29	-0,06* (0,03)	0,34	0,13** (0,05)	54
10 – 24	0,34	-0,06* (0,03)	0,27	0,14** (0,05)	38
11 – 24	0,38	-0,05 (0,03)	0,22	0,15** (0,05)	27
12 – 24	0,27	-0,07# (0,04)	0,38	0,17** (0,05)	76
13 – 24	0,29	-0,10* (0,05)	0,35	0,20** (0,06)	62
14 – 24	0,32	-0,10 (0,06)	0,31	0,25** (0,07)	45
15 – 24	0,36	-0,14* (0,06)	0,26	0,27** (0,07)	32

Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. # p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01.

## 5 Diskussion

VIVE har undersøgt beskæftigelseseffekterne af mestringskurset *Lær at tackle job og sygdom* med et datasæt med borgere fra 26 danske kommuner.

Kurset er et kortvarigt forløb rettet mod sygemeldte borgere, som er langtidssygemeldte, hovedsageligt fra job, og som har en mindre god prognose i forhold til at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Vi finder, at *Lær at tackle job og sygdom* ikke har haft den ønskede effekt for alle. Modtagelse af sygedagpenge mv. er steget på grund af kurset, og indsatsen har, i gennemsnit, ikke haft betydning for, at de sygemeldte kunne vende hurtigere tilbage til arbejde eller forblive længere i ordinær beskæftigelse.

Vi finder, at disse negative effekter delvist skal tilskrives den måde, deltagere er blevet visiteret til indsatsen, og delvist til indsatsens inklusionskriterier.

Vi finder, at lang ventetid til kursusstart har en stor betydning for det højere sygefravær blandt deltagerne i interventionsgruppen. En del kursister blev informeret om kursusoptagelse flere uger før kursusstart, og som direkte følge heraf har nogle af dem udskudt deres raskmelding.

Vi finder også, at deltagere med høj self-efficacy ikke fik noget ud af indsatsen. Der blev rekrutteret en del sygemeldte med høj self-efficacy ifølge UW-SES, og de forblev sygemeldte i længere tid end kontrolgruppen på grund af invitationen til indsatsen.

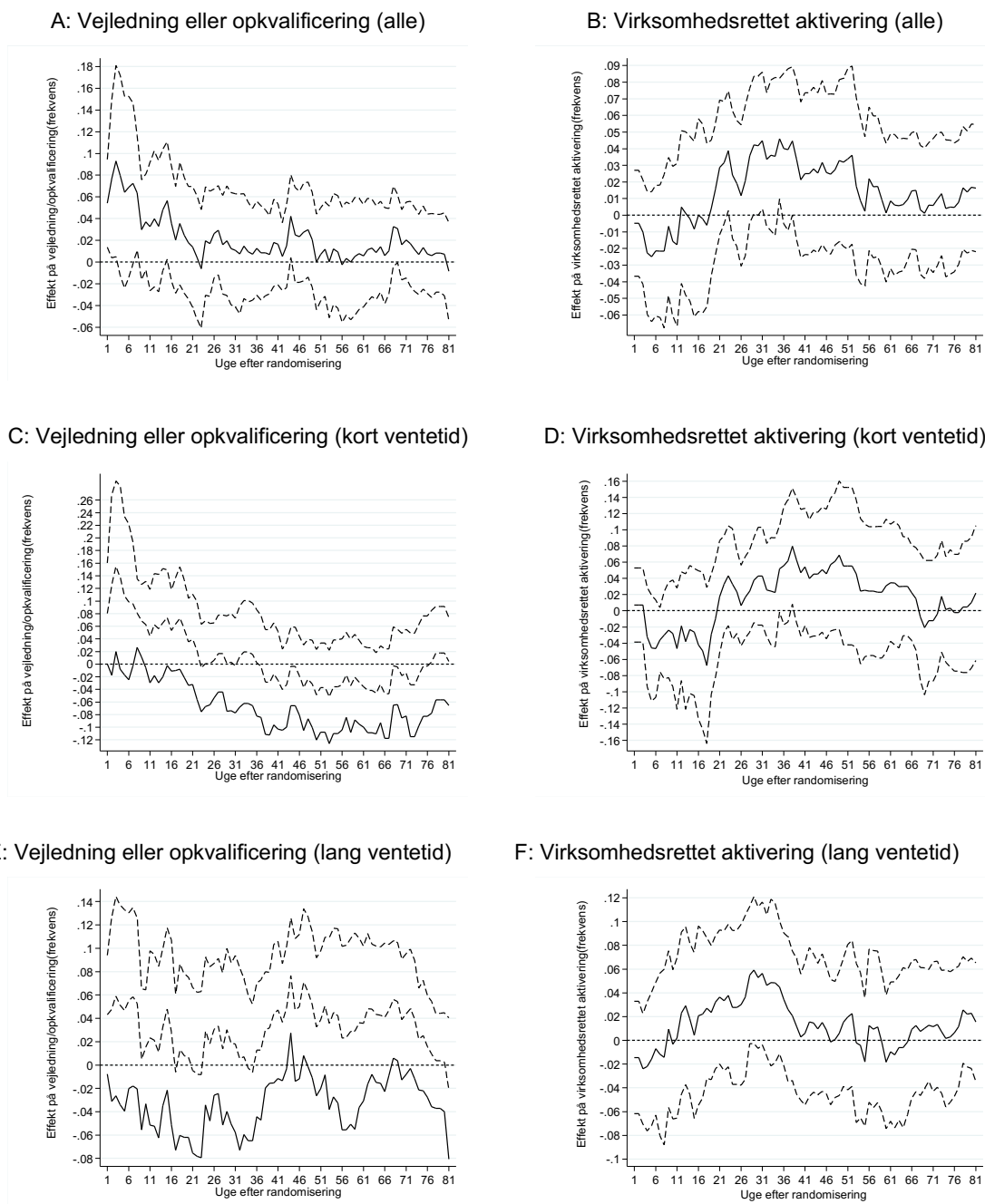
Vi finder til gengæld evidens for, at *Lær at tackle job og sygdom* har en positiv effekt på beskæftigelsen for sygemeldte med lav self-efficacy. Desuden viser vores evidens, at LTJS-kursus også har positiv effekt på self-efficacy for sygemeldte med lav self-efficacy. Dvs. vores evidens beviser, at LTJS forbedrer self-efficacy blandt de sygemeldte, som har brug for det, og dette bidrager til kursisters tilbagevende til arbejde.

Den mest plausible mekanisme bag beskæftigelseseffekten er, at kurset får langtidssygemeldte med lav self-efficacy til at opfatte deres symptomer som mindre alvorlige, selv om kurset ikke ændrer på deres sygdom.

# 6 Bilag

## 6.1 Supplerende figurer og tabeller

**Figur 6.1** Effekt af LTJS på aktivering under sygedagpenge mv.



Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet.  
95 % konfidensinterval i stiplede linje.

**Table 6.1** Beskæftigelseseffekter opdelt på deltageres baggrund og årsag til sygemelding

Gruppe	Beskæftigelse i uge 81	Sygedagpenge mv. i uge 81	Størrelse (%)
Kvinde	-0.05 (0.03)	0.06 (0.04)	76
Mand	0.03 (0.04)	0.11 (0.08)	24
Alder under 50 år	-0.01 (0.03)	0.05 (0.04)	54
Alder mindst 50 år	-0.03 (0.04)	0.11* (0.05)	46
Partner	-0.04 (0.03)	0.06 (0.04)	74
Ikke partner	0.03 (0.06)	0.10 (0.08)	26
Videregående uddannelse	-0.07* (0.03)	0.07# (0.04)	50
Ikke videregående uddannelse	0.03 (0.03)	0.08 (0.05)	50
Mere sygedagpenge end den mediandeltager	0.02 (0.03)	0.06 (0.05)	49
Mindre sygedagpenge end den mediandeltager	-0.07* (0.03)	0.13* (0.05)	51
Mindre beskæftigelse end den mediandeltager	0.02 (0.02)	0.06 (0.04)	50
Mere beskæftigelse end den mediandeltager	-0.05 (0.03)	0.09# (0.05)	50
Offentlige job	-0.06 (0.05)	0.06 (0.04)	42
Ikke Offentlige job	0.01 (0.03)	0.04 (0.04)	58
Ordinært job	-0.05# (0.03)	0.06# (0.03)	71
Ikke Ordinært job	0.01 (0.03)	0.14# (0.07)	29
Psykisk årsag	-0.06 (0.04)	0.07# (0.04)	47
Ikke psykisk årsag	0.02 (0.03)	0.02 (0.05)	53
Arbejdsrelateret	-0.07* (0.03)	0.09* (0.04)	60
Ikke arbejdsrelateret	0.04 (0.03)	0.06 (0.06)	40

Note: Egne beregninger på DREAM-data og spørgeskema-data fra EPoS, Aarhus Universitet. Den mediandeltager forbruger sygedagpenge mv. 19% af de sidste 104 uger før allokering. Den mediandeltager var i ordinær beskæftigelse 60% af de sidste 104 uger før allokering.

# p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01.

**Tabel 6.2** Helbredseffekter efter kurset for sygemeldte med lav self-efficacy givet ventetiden

Udfaldsmål	UW SES før kurset								Obs
	0 – 6		0 – 7		0 – 8		0 – 9		
	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	Kontrol	ATE	
UW-SES	7,78	2,39* (1,16)	7,72	2,05* (0,92)	8,05	1,84* (0,69)	8,17	2,03** (0,65)	447
BIPQ – Påvirkning	8,09	-2,24* (0,93)	8,05	-1,87** (0,59)	7,63	-0,95 (0,58)	7,46	-0,58 (0,54)	455
BIPQ – Varighed	7,37	-1,95# (1,02)	7,33	-1,92* (0,78)	7,05	-1,02 (0,68)	6,82	-0,46 (0,59)	455
BIPQ – Kontrol	2,18	1,20# (0,68)	2,15	1,01# (0,58)	2,50	0,73 (0,44)	2,61	0,70# (0,38)	455
BIPQ – Behandling	3,65	0,47 (0,71)	4,01	-0,56 (0,45)	3,88	0,01 (0,43)	3,75	0,11 (0,40)	455
BIPQ – Symptomer	7,82	-2,54** (0,78)	7,86	-2,47** (0,60)	7,48	-1,52** (0,50)	7,25	-1,04* (0,47)	455
BIPQ – Bekymring	7,49	-1,74# (1,03)	7,33	-1,26# (0,70)	6,97	-0,73 (0,57)	6,72	-0,45 (0,48)	455
BIPQ – Forståelse	3,64	-0,44 (0,96)	3,39	-0,18 (0,73)	3,63	-0,12 (0,51)	3,48	0,37 (0,48)	455
BIPQ – Følelser	7,91	-0,71 (0,66)	7,57	-0,44 (0,62)	7,17	-0,09 (0,57)	7,09	-0,08 (0,55)	455
Arbejdsevne	49,78	-7,62 (9,30)	45,69	-0,50 (6,81)	46,52	0,57 (4,22)	47,53	-0,96 (3,67)	455
Smerter	5,16	-1,44 (0,97)	5,42	-1,25# (0,72)	5,30	-0,74 (0,52)	5,08	-0,56 (0,39)	455
Træthed	6,52	-1,32# (0,76)	6,55	-0,91 (0,55)	6,53	-0,68# (0,39)	6,25	-0,35 (0,37)	455
Stakåndethed	3,00	-0,84 (0,82)	2,59	-0,60 (0,47)	2,45	-0,19 (0,41)	2,41	-0,48 (0,38)	455
Receptpligtig medicin	0,59	-0,08 (0,15)	0,64	-0,03 (0,10)	0,64	0,07 (0,09)	0,64	0,05 (0,09)	450
Smertestillende i håndkøb	0,89	0,021 (0,13)	0,91	-0,03 (0,09)	0,90	0,00 (0,07)	0,85	0,07 (0,07)	448
Receptpligtig smertestillende	0,63	-0,07 (0,15)	0,70	-0,15 (0,11)	0,66	-0,01 (0,09)	0,65	-0,05 (0,08)	448
Søvnkvalitet	3,96	-0,22 (0,95)	4,01	-0,05 (0,63)	3,75	0,49 (0,40)	4,03	0,39 (0,38)	455
Kontakt med læge	2,22	0,08 (0,32)	2,33	0,12 (0,44)	2,26	0,33 (0,35)	2,13	0,30 (0,28)	441
Kontakt med psykolog	0,96	0,58 (0,54)	0,97	0,44 (0,31)	0,91	0,42 (0,27)	0,88	0,30 (0,21)	434
Kontakt med fysioterapeut	2,67	-0,15 (0,91)	2,14	1,37 (1,88)	1,86	1,49 (1,30)	1,60	1,41 (1,05)	440
Akut kontakt	0,15	-0,01 (0,10)	0,17	-0,09 (0,10)	0,16	-0,11 (0,07)	0,13	-0,10# (0,06)	436
Indlæggelser	0,07	-0,04 (0,08)	0,08	-0,05 (0,07)	0,07	-0,02 (0,05)	0,06	-0,01 (0,04)	436

Note: # p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01

## 6.2 Risikofaktoranalyse

I dette bilag afsnit præsenterer vi Tobit-regressioner for risikofaktorer anvendt til at udvælge risikofaktorer, som kunne bruges i model (2) til at øge præcisionen af vores estimationer.

Desværre er det ikke klart, hvilke typer sygemeldte borgere der hurtigst vil vende tilbage til arbejdsmarkedet. Litteraturen viser, at medicinske faktorer alene kun forklarer en del af prævalensen, hyppigheden og varigheden af sygemelding (Busch et al. 2007), mens selvvaluerede helbredsvariabler, såsom personens forventninger (se Marhold, Linton & Melin, 2002; Cole & Mondlock, 2002; Heymans et al. 2006) har høj fremskrivningskraft for forskellige sygdomme (Idler & Benyamini, 1997; DeSalvo et al. 2005).

Vores datasæt indeholder en lang række selvvaluerede livskvalitets- og helbredsvariabler målt ved rekruttering til LTJS-kursus. Vi undersøger med brug af en Tobit-model, hvilke af vores variabler der udviser stærkest sammenhæng med beskæftigelse i ugerne 1-81 og sygedagpenge mv. i ugerne 1-81 blandt kontroldeltagere.

Vi undersøger betydningen af vores baseline-spørgeskemaoplysninger, beskrevet i afsnit 2.5, samt sygedagpenge mv. og beskæftigelse mv. før allokering til LTJS. På baggrund af vores undersøgelse udvælger vi fire variabler:

- BIPQ – Behandling
- Forventet varighed til helt tilbagevending
- Ordinært job
- Sygedagpenge mv. mellem 1 uge før og op til 2 år før allokering

I figur 4.1 fra kapitel 4 ses, at inklusionen af disse risikofaktorer i regressionsanalysen ingen betydning har for point-estimationer. Til gengæld, inklusionen af de variabler fører til mere præcise beregninger af effekter.



**Table 6.3** Analyse af risikofaktorer for kontrolgruppes beskæftigelse og sygedagpenge mv.

Variabel	Beskæftigelse	Sygedagpenge mv.
Kvinde	0,04 (0,58)	0,16* (0,04)
Alder	0,00 (0,71)	0,00 (0,83)
Partner	0,05 (0,37)	0,01 (0,83)
Hjemmeboende børn	0,04 (0,38)	0,06 (0,26)
Videregående uddannelse	-0,10 (0,10)	-0,00 (0,97)
Beskæftigelse i uger -104-1	0,17 (0,11)	0,13 (0,24)
Offentlige job	0,32*** (0,00)	-0,14* (0,02)
Ordinært job	0,25** (0,00)	-0,12 (0,09)
Psykisk årsag	0,01 (0,91)	-0,18 (0,05)
Arbejdsrelateret	0,11 (0,10)	-0,15* (0,03)
Sygedagpenge mv. i uger -104-1	-0,93*** (0,00)	0,47* (0,03)
Smerter	0,00 (0,84)	-0,00 (1,00)
Træthed	0,01 (0,64)	0,03* (0,04)
Stakåndethed	-0,02 (0,17)	0,01 (0,21)
Receptpligtig medicin	-0,01 (0,86)	-0,08 (0,25)
Smertestillende i håndkøb	-0,12* (0,04)	-0,13 (0,07)
Receptpligtig smertestillende	0,07 (0,43)	0,10 (0,21)
Søvnkvalitet	0,04** (0,01)	0,01 (0,52)
Kontakt med læge	-0,06*** (0,00)	0,04** (0,01)
Kontakt med psykolog	0,01 (0,64)	-0,02 (0,24)
Kontakt med fysioterapeut	0,01 (0,46)	0,00 (0,55)
Akut kontakt	-0,01 (0,81)	0,04 (0,46)
Indlæggelser	-0,18* (0,04)	0,02 (0,58)
CMDQ – Fysiske symptomer	-0,01 (0,07)	0,00 (0,54)
CMDQ – Bekymringer	0,02** (0,01)	0,01 (0,37)
CMDQ – Angst	-0,01 (0,28)	-0,03* (0,02)
CMDQ – Depression	-0,01 (0,35)	0,01 (0,12)

Variabel	Beskæftigelse	Sygedagpenge mv.
CMDQ – Alkohol afhængighed	-0,07 (0,10)	0,15*** (0,00)
BIPQ - Påvirkning	-0,03 (0,16)	0,04* (0,04)
BIPQ - Varighed	0,01 (0,46)	-0,02 (0,16)
BIPQ – Kontrol	0,02 (0,20)	0,02 (0,10)
BIPQ – Behandling	0,03*** (0,00)	-0,02* (0,02)
BIPQ – Symptomer	-0,01 (0,39)	-0,01 (0,63)
BIPQ – Bekymring	0,01 (0,54)	0,04* (0,01)
BIPQ – Forståelse	-0,02* (0,05)	0,01 (0,29)
BIPQ – Følelser	-0,00 (0,99)	-0,01 (0,59)
SF36 – Krævende aktiviteter	0,038*** (0,00)	-0,03* (0,02)
SF36 – Lettere aktiviteter	-0,02 (0,26)	0,02 (0,25)
SF36 – At løfte eller bære	-0,02 (0,18)	-0,03 (0,08)
SF36 – At gå flere etager op ad trapper	0,00 (0,91)	0,02 (0,16)
SF36 – At gå én etage op ad trapper	0,03 (0,13)	-0,01 (0,72)
SF36 – At bøje sig ned eller gå ned i knæ	-0,01 (0,54)	-0,01 (0,41)
SF36 – At gå mere end én kilometer	-0,01 (0,77)	0,01 (0,59)
SF36 – At gå nogle hundrede meter	0,02 (0,42)	0,02 (0,51)
SF36 – At gå 100 meter	-0,01 (0,84)	-0,01 (0,76)
SF36 – At gå i bad eller tage tøj på	-0,02 (0,36)	0,00 (0,90)
Motion	0,03* (0,04)	-0,03 (0,06)
UW-SES	-0,00 (0,86)	-0,01 (0,43)
CDSMP – Kognitive strategier	-0,00 (0,61)	0,00 (0,64)
WHO – Livskvalitet	0,16*** (0,00)	-0,06 (0,21)
WHO - Helbred tilfredshed	-0,01 (0,72)	0,07 (0,09)
WHO – Trivsel 1	0,05 (0,14)	-0,07 (0,05)
WHO – Trivsel 2	-0,05 (0,12)	0,08* (0,02)
WHO – Trivsel 3	-0,06 (0,05)	0,06 (0,07)
WHO – Trivsel 4	-0,04 (0,16)	-0,04 (0,23)

Variabel	Beskæftigelse	Sygedagpenge mv.
WHO – Trivsel 5	-0,05* (0,04)	-0,00 (0,94)
Sikkerhed forbundet med helt tilbagevending	0,05* (0,04)	-0,05* (0,03)
Forventet varighed til helt tilbagevending	-0,04 (0,20)	0,01 (0,71)
Forventede opgaver	0,08** (0,00)	-0,04 (0,09)
Arbejdstimer før	0,14** (0,01)	0,04 (0,23)
Forventede arbejdstimer	0,11*** (0,00)	-0,05* (0,02)
Arbejdsevne	0,00 (0,41)	-0,00 (0,50)
TSRQ – Motivation 1	-0,00 (0,26)	-0,00 (0,20)
TSRQ – Motivation 2	-0,02*** (0,00)	0,01 (0,43)
TSRQ – Motivation 3	0,01 (0,07)	-0,00 (0,60)
TSRQ – Motivation 4	-0,02 (0,13)	-0,00 (0,97)
Observationer	188	188

Note: Tabellen viser Tobit regression koefficienter og robuste standard fejl. # p<0,1; \* p<0,05; \*\* p<0,01.

## 6.3 Beskrivelse af variabler

**Tabel 6.4** Beskrivelse af variabler

Variabel	Beskrivelse	Kilde
<i>Allokering</i>		
LTJS	Indikatorvariabel, der angiver, at personen deltager i <i>Lær at Tackle Job og Sygdom</i>	EPoS
Dag for allokering	Den dag, når den projektansvarlige modtager blanketten for stamkort og samtykke og baseline-spørgeskema, og trækker lod om, hvorvidt personen kommer i kursus- eller kontrolgruppen.	EPoS
Ventetid til holddannelse	Antal dage mellem personens dag for allokering og dag for allokering af holdet	EPoS
Kommune $k$	Indikatorvariabel, der angiver, at personen deltager i kommune $k$	EPoS
Hold $h$	Indikatorvariabel, der angiver, at personen deltager i hold $h$	EPoS
<i>Udfaldsmål</i>		
Beskæftigelse i uge $w$	Variabel, der angiver andelen af uger mellem uge 1 og uge $w$ , hvor personen modtager ingen offentlig forsørgelsesydelse, og der på samme tid bliver betalt arbejdsmarkedsbidrag af lønindtægten	DREAM
Antal uger uden ordinær beskæftigelse	Diskret variabel, der angiver antal af uger mellem allokeringsuge og den første uge med ordinær beskæftigelse	DREAM
Sygedagpenge mv. i uge $w$	Variabel, der angiver den andel af uger mellem ugen efter den uge, når personen bliver allokert til LTJS-kursus og uge $w$ , når personen bliver allokert til LTJS-kursus, hvor personen modtager sygedagpenge, jobafklaringsforløb, sygedagpenge under fleksjob, skånejob, ressourceforløb, eller førtidspension	DREAM
Antal uger med sygedagpenge mv.	Diskret variabel, der angiver antal af uger mellem allokeringsuge og den første uge uden sygedagpenge mv. (fx på grund af modtagelse af dagpenge, eller på grund af ordinær beskæftigelse)	DREAM
Vejledning/opkvalificering i uge $w$	Indikatorvariabel, der angiver, at personen deltager i vejledning og opkvalificering under sygedagpenge, deltager i vejledning og opkvalificering under jobafklaring, eller deltager i vejledning og opkvalificering under ressourceforløb, i uge $w$ efter den uge, når personen bliver allokert til interventionsgruppen eller kontrolgruppen	DREAM
Virksomhedsrettet aktivering i uge $w$	Indikatorvariabel, der angiver, at personen modtager vejledning og opkvalificering under sygedagpenge, deltager i løntilskud under sygedagpenge, deltager i virksomhedspraktik under sygedagpenge, deltager i løntilskud under jobafklaring, deltager i virksomhedspraktik under jobafklaring, deltager i løntilskud under ressourceforløb, eller deltager i virksomhedspraktik under ressourceforløb i uge $w$ efter den uge, når personen bliver allokert til interventionsgruppen eller kontrolgruppen	DREAM
<i>Variabler målt før allokering</i>		
Kvinde	Indikatorvariabel, der angiver, at personen er en kvinde	EPoS
Alder	Kontinuerlig variabel, der angiver personens alder ved randomisering	EPoS
Partner	Indikatorvariabel, der angiver, at personen er gift, samlevende eller i et forhold	EPoS
Hjemmeboende børn	Indikatorvariabel, der angiver, at personen har hjemmeboende børn	EPoS
Videregående uddannelse	Indikatorvariabel, der angiver, at personens højeste opnåede uddannelse er en videregående uddannelse	EPoS
Ordinært job	Indikatorvariabel, der angiver, at den sygemeldte person var lønmodtager uden offentligt tilskud eller selvstændig erhvervsdrivende, når sygemelding indtraf	EPoS

Variabel	Beskrivelse	Kilde
Offentlige job	Indikatorvariabel, der angiver, at personens seneste job hører under den offentlige servicesektor eller den offentlige administration	
Psykisk årsag	Indikatorvariabel, der angiver, at den overordnede årsag til personens sygdom er psykisk, fx stress, angst eller depression	EPoS
Arbejdsrelateret	Indikatorvariabel, der angiver, at årsagen til personens sygdom er arbejdsrelateret	EPoS
Smerter	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver, personens oplevelse af smerter i de seneste 2 uger inden allokering til LTJS-kursus	EPoS
Træthed	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver, personens oplevelse af træthed i de seneste 2 uger inden allokering til LTJS-kursus	EPoS
Stakåndethed	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver, personens oplevelse af stakåndethed i de seneste 2 uger inden allokering til LTJS-kursus	EPoS
Receptpligtig medicin	Indikatorvariabel, der angiver, at personen har fået ordineret receptpligtig medicin for sin sygdom eller symptomer	EPoS
Smertestillende i håndkøb	Indikatorvariabel, der angiver, at personen har taget smertestillende håndkøbsmedicin i løbet af den sidste måned inden allokering til LTJS-kursus	EPoS
Receptpligtig smertestillende	Indikatorvariabel, der angiver, at personen har taget receptpligtig smertestillende i løbet af den sidste måned inden allokering til LTJS-kursus	EPoS
Søvnkvalitet	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver, personens oplevelse af søvnkvalitet i den sidste måned	EPoS
Kontakt med læge	Diskret variabel, der angiver, hvor mange gange personen har besøgt sin praktiserende læge eller en anden læge inden for de seneste 2 måneder inden allokering	EPoS
Kontakt med psykolog	Diskret variabel, der angiver, hvor mange gange personen har besøgt en praktiserende psykolog inden for de seneste 2 måneder inden allokering	EPoS
Kontakt med fysioterapeut	Diskret variabel, der angiver, hvor mange gange personen har besøgt en fysioterapeut inden for de seneste 2 måneder inden allokering	EPoS
Akut kontakt	Diskret variabel, der angiver, hvor mange gange personen har besøgt en skadestue, psykiatrisk skadestue, eller akut modtagelse inden for de seneste 2 måneder inden allokering	EPoS
Indlæggelser	Diskret variabel, der angiver, hvor mange gange personen har været indlagt på sygehus for én nat eller flere inden for de seneste 2 måneder inden allokering	EPoS
CMDQ – Fysiske symptomer	Diskret variabel på en 47-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen har været generet af: hovedpine, svimmelhed eller tilløb til at besvime, smerter i hjerte eller bryst, lavt siddende rygsmærter, kvalme eller uro i maven, muskelsmerter, vanskelighed til at få vejret, anfald af varme eller kuldefornemmelser, følelsesløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen, klump i halsen, svaghed i kroppen, eller arme eller ben føles tunge.	EPoS
CMDQ – Bekymringer	Diskret variabel på en 28-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen har været generet af: bekymringer over om der var noget alvorligt galt men kroppen, bekymringer over om man lider af en sygdom, som man har hørt eller læst om, om mange forskellige slags smerter, bekymringer over om man lider af en alvorlig sygdom, mange forskellige sygdomssymptomer, tanken om at lægen måske tager fejl, eller bekymringer over sit helbred	EPoS
CMDQ – Angst	Diskret variabel på en 16-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen har været generet af: at man pludseligt bliver bange uden grund, nervøsitet eller indre uro, anfald af rædsel eller panik, eller at bekymre sig for meget.	EPoS

Variabel	Beskrivelse	Kilde
CMDQ – Depression	Diskret variabel på en 24-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen har været generet af: at føle sig nedtrykt, en følelse af, at ingenting at være værd, tanker om at gøre en ende på sit liv, en følelse af at være fanget i en fælde, at føle sig ensom, eller selvbebrejdelser	EPoS
CMDQ – Alkohol afhængighed	Diskret variabel på en 4-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen har været afhængig af alkohol inden for de seneste 2 måneder	EPoS
BIPQ - Påvirkning	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver, personens opfattelser af, hvor meget personens liv er påvirket af sin sygdom	EPoS
BIPQ – Varighed	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver, personens forventet sygdoms varighed	EPoS
BIPQ – Kontrol	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens opfattelser af, hvor meget personen har kontrol over sin sygdom	EPoS
BIPQ – Behandling	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens tro af, hvor meget behandling kan indvirke positivt på sin sygdom	EPoS
BIPQ – Symptomer	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens opfattelse af, i hvor høj grad personen oplever symptomer pga. sin sygdom	EPoS
BIPQ – Bekymring	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens bekymringer over sin sygdom	EPoS
BIPQ - Forståelse	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens opfattelse af, i hvor høj grad personen forstår sin sygdom	EPoS
BIPQ - Følelser	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens opfattelser af, hvor meget person er følelsesmæssigt påvirket af sin sygdom	EPoS
SF36 – krævende aktiviteter	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger til krævende aktiviteter på grund af sygdom	EPoS
SF36 – lettere aktiviteter	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger til lettere aktiviteter på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at løfte eller bære	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger til at løfte eller bære dagligvarer på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at gå flere etager op ad trapper	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold til at gå flere etager op ad trapper på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at gå én etage op ad trapper	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold at gå én etage op ad trapper på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at bøje sig ned eller gå ned i knæ	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold at bøje sig ned eller gå ned i knæ på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at gå mere end én kilometer	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold at gå mere end én kilometer på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at gå nogle hundrede meter	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold at gå nogle hundrede meter på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at gå 100 meter	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold at gå 100 meter på grund af sygdom	EPoS
SF36 – at gå i bad eller tage tøj på	Kontinuerlig variabel på en 10-punktsskala, der angiver personens begrænsninger i forhold at gå i bad eller tage tøj på	EPoS
Motion	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver, hvor lang har personen trænet, motioneret eller været fysisk aktiv, så personen svedte i løbet af den seneste uge.	EPoS
UW-SES	Diskret variabel på en 30-punktsskala, der angiver personens self-efficacy ifølge University of Washington Self-efficacy Scale	EPoS

Variabel	Beskrivelse	Kilde
CDSMP	Kontinuerlig variabel, der angiver personens kognitive strategier til håndtering af sygdom ifølge <i>Chronic Disease Self-Management Program</i>	EPoS
WHO – livskvalitet	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver personens bedømmelse af sin livskvalitet	EPoS
WHO – helbred tilfredshed	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver personens tilfredshed med sit helbred	EPoS
WHO – trivsel 1	Diskret variabel på en 6-punktsskala, der angiver personens humør	EPoS
WHO – trivsel 2	Diskret variabel på en 6-punktsskala, der angiver personens afslapethed	EPoS
WHO – trivsel 3	Diskret variabel på en 6-punktsskala, der angiver personens energi	EPoS
WHO – trivsel 4	Diskret variabel på en 6-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen er vågnet frisk og udhvilet	EPoS
WHO – trivsel 5	Diskret variabel på en 6-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen føler, at sin dag har været fyldt med ting, man var interesseret i	EPoS
Sikkerhed forbundet med helt tilbagevending	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver, i hvor høj grad personen føler sig sikker på, at personen kan vende helt tilbage til arbejde	EPoS
Forventet varighed til helt tilbagevending	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver, hvor lang tid tror personen, der vil gå, inden personen kan vende helt tilbage til arbejde	EPoS
Forventede opgaver	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver, hvilke arbejdsopgaver personen forestiller sig at vende tilbage til	EPoS
Arbejdstimer før	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver, hvorvidt personen arbejdede under 15 timer (x=1), 15-20 timer (x=2), 20-25 timer (x=3), 25-30 timer (x=4), eller i mindst fuld tid (x=5) før sygemelding	EPoS
Forventede arbejdstimer	Diskret variabel på en 5-punktsskala, der angiver, hvorvidt personen forventede at arbejde under 15 timer (x=1), 15-20 timer (x=2), 20-25 timer (x=3), 25-30 timer (x=4), eller i mindst fuld tid (x=5) ved allokering til LTJS-kursus	EPoS
Arbejdsevne	Kontinuerlig variabel på en 100-punktsskala, der angiver personens selv vurderet samlet arbejdsevne.	EPoS
TSRQ – Motivation 1	Diskret variabel på en 49-punktsskala, der angiver personens motivation til at vende tilbage til arbejde på baggrund af personens ønsket autonomi	EPoS
TSRQ – Motivation 2	Diskret variabel på en 14-punktsskala, der angiver personens motivation til at vende tilbage til arbejde på baggrund af personens dårlige samvittighed ved at stå uden for arbejdsmarkedet	EPoS
TSRQ – Motivation 3	Diskret variabel på en 28-punktsskala, der angiver personens motivation til at vende tilbage til arbejde på baggrund af forventninger om socialt netværk	EPoS
TSRQ – Motivation 4	Diskret variabel på en 21-punktsskala, der angiver personens mangel af motivation til at vende tilbage til arbejde	EPoS

# Litteratur

- Amick III, B. C., Habeck, R. V., Ossmann, J., Fossel, A. H., Keller, R., & Katz, J. N. (2004). Predictors of successful work role functioning after carpal tunnel release surgery. *Journal of occupational and environmental medicine*, 46(5), 490-500.
- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and rehabilitation*, 22(17), 794-801.
- Bandura, A. (2003). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bech, P. (2012). *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell Publishing Ltd.
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. K. (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*, 12(2), 85–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12830302>.
- Box-Steffensmeier, J. M., & Jones, B. S. (2004). *Event history modeling: A guide for social scientists*. Cambridge University Press.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>.
- Busch, H., Göransson, S., & Melin, B. (2007). Self-Efficacy Beliefs Predict Sustained Long-Term Sick Absenteeism in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain practice*, 7(3), 234-240.
- Card, David, Jochen Kluge, and Andrea Weber, "Active labor market policy evaluations: a meta-analysis," *The Economic Journal*, 120 (2010), F452-F477.
- Carneiro, P., Lee, S., & Wilhelm, D. (2017). *Optimal data collection for randomized control trials* (No. CWP15/17). Centre for Microdata Methods and Practice, Institute for Fiscal Studies.
- Cassidy, J. D., Leth-Petersen, S., & Rotger, G. P. (2016). What Happens When Compensation for Whiplash Claims Is Made More Generous? *Journal of Risk and Insurance*.
- Kaj Sparle Christensen, Per Fink, Tomas Toft, Lisbeth Frostholt, Eva Ørnbøl, Frede Olesen; A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ, *Family Practice*, Volume 22, Issue 4, 1 August 2005, Pages 448–457, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi025>
- Christensen, S. og Mehlsen, M. (2016). Evaluering af satspuljeprojektet: Lær at tackle angst og depression. En randomiseret kontrolleret undersøgelse. Sundhedsstyrelsen.
- Cole DC, Mondloch MV, ECC Prognostic Modelling Group. Listening to workers: how recovery expectations predict outcomes? *Can Med Assoc J*. 2002;166:749–754.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, Jiang H, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2005;20:267–275.



- Dohmen, T. (2014). Behavioral labor economics: Advances and future directions. *Labour Economics*, 30, 71-85.
- Frederiksen, Y. (2018). Evaluering af Lær at tackle job og sygdom – En randomiseret kontrolleret undersøgelse. Aarhus Universitet.
- Hermansen, M.N. (2014). Effekten af en toårig dagpengeperiode på beskæftigelse og ledighed: En foreløbig evaluering af dagpengereformen. De Økonomiske Råd. Arbejdsrapport 2014:03.
- Heymans MW, de Vet HCW, Knol DL, Bongers PM, Koes BW, van Mechelen W. Workers' beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *J Occup Rehabil*. 2006;16:685–695.
- Høgelund, J., Boll, J., Skou, M., & Jensen, S. (2008). *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven. Rapport 08:07*. København: NFA – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
- Imbens, G. W., & Rubin, D. B. (2015). *Causal inference in statistics, social, and biomedical sciences*. Cambridge University Press.
- Komiteen for Sundhedsoplysning (2014). Lær at tackle job og sygdom.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Bandura, A., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217-23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11606875>.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., & Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10413387>.
- Lorig, K., Ritter, P. L., Pifer, C., & Werner, P. (2014). Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: a translation study. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 96–103. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9615-5>.
- Labriola, M., Lund, T., Christensen, K. B., Albertsen, K., Bültmann, U., Jensen, J. N., & Villadsen, E. (2007). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*, 29(3), 233-238.
- Manski, C. F. (1993). Identification of endogenous social effects: The reflection problem. *The review of economic studies*, 60(3), 531-542.
- Marhold C, Linton SJ, Melin L. Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluations of a questionnaire. *J Occup Rehabil*. 2002;12:65-75.
- Marthedal, A. B., Johansen, K. S., Nielsen, A., Hansen, A. R., Jensen, M. B. (2011). Lær at leve med kronisk sygdom. *Evaluering af udbytte, selvvrurderet effekt og rekruttering*. København: DSI, Dansk Sundhedsinstitut.

- Mehlsen, M. Y., Ørnbøl, E., Frostholm, L., & Fink, P. (2015). Lær at tackle kroniske smerter: En randomiseret kontrolleret effektevaluering umiddelbart efter kurset og ved 5-måneders opfølgning.
- Noerholm, V., Groenvold, M., Watt, T., Bjorner, J. B., Rasmussen, N.A., & Bech, P. (2004). Quality of life in the Danish general population – normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. *Quality of Life Research*, 13(2), 531–540. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018485.05372.d6>.
- Palmer, K. T., Harris, E. C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C., & Coggon, D. (2012). Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology*, 51(2), 230–242. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ker086>.
- Rosholm, M., L. Skipper, og K. Sørensen (2016). Effektevaluering af sygedagpengereformen. Styrelsen for Arbejde og Rekruttering.
- Rubin, D. B. (1980). Randomization analysis of experimental data: The Fisher randomization test comment. *Journal of the American Statistical Association*, 75(371), 591-593.
- Stapelfeldt, C. M., Jensen, C., Andersen, N. T., Fleten, N., & Nielsen, C. V. (2012). Validation of sick leave measures: self-reported sick leave and sickness benefit data from a Danish national register compared to multiple workplace-registered sick leave spells in a Danish municipality. *BMC public health*, 12(1), 661.
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2017): [file:///C:/Users/gpr/Downloads/DREAM-koder-version-39 %20\(7\).pdf](file:///C:/Users/gpr/Downloads/DREAM-koder-version-39%20(7).pdf).

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD