

Maj 2018

KVANTITATIV EVALUERING AF LÆR AT TACKLE JOB OG SYGDOM

- En randomiseret kontrolleret undersøgelse. Delrapport

Indhold

Indhold.....	2
Resumé	4
Baggrund.....	7
Kurset "LÆR ATTACKLE job og sygdom"	8
Evalueringsformål og hypoteser	9
Metode	10
Rekruttering af kommuner	10
Rekruttering af deltagere	10
Forsamtalen	11
Design og dataindsamling.....	11
Effekt mål og spørgeskemaer	13
Analyse af data	14
Rekruttering og randomisering	14
Deltagernes karakteristika	17
Sociodemografiske data	17
Sygemeldingsstatus	19
Sygdomshåndtering, sygdomsopfattelse og trivsel.....	20
Effekt af kurset	24
Effekt på livskvalitet og trivsel	25
Effekt på psykisk belastning, angst og depression	25
Effekt på mestring og sygdomsopfattelse	26
Effektforskelle i forskellige grupper af deltagere	27
Deltagernes evaluering af kurset.....	27
Kursusdeltagelse.....	27
Instruktørens betydning.....	28
Oplevelsen af kurset og gruppen.....	29
Tilfredshed med kurset og motivation	30
Evaluerings af deltagere i kontrolgruppen.....	32
Diskussion	33
Kursets effekt.....	33
Metodiske begrænsninger.....	34
Deltagerevaluering	35
Konklusion	35
Referenceliste.....	36
Bilagsfortegnelse	38
Bilag 1. Redskab til inklusion	39
Bilag 2. Opslag	43

Bilag 3. Guide og tjekliste til koordinator	44
Bilag 4. Guide til mundtlig information	49
Bilag 5. Deltagerinformation	53
Bilag 6. Stamkort og samtykkeerklæring	54

Resumé

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Komitéen for Sundhedsoplysning har tidligere samarbejdet om at evaluere patientuddannelsesprogrammer, som udgår fra sundhedsområdet. På baggrund af positive resultater fra et pilotstudie af evalueringen af et patientuddannelsesprogram omhandlende håndtering af job og sygdom, initierede Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering i 2014 en større, national randomiseret kontrolleret undersøgelse, til evaluering af *Lær at tackle job og sygdom* kurset for borgere med langvarig sygdom og langvarigt sygefravær. Denne rapport omhandler evalueringen af kurset, som blev gennemført af EPoS, Aarhus Universitetshospital og Aarhus Universitet.

I løbet af 2015 modtog over 300.000 personer sygedagpenge ved sygemeldinger, der varede længere end 4 uger. Langvarigt sygefravær er således forbundet med væsentlige samfundsmæssige omkostninger, både direkte (udbetalingsomkostninger) og indirekte f.eks. tabt arbejdsudbud- og fortjeneste, samt udgifter i sundhedsvæsenet. Udover de finansielle omkostninger, er langvarigt sygefravær forbundet med nedsat livskvalitet og andre psykiske problemstillinger, som rækker langt udover hvad selve sygdommen kan forklare (Borg et al., 2010; Mortensen et al., 2008). Det kan altså være væsentligt for den enkelte og samfundet, at personer der er ude af arbejdsmarked på grund af langvarigt sygefravær støttes i dels håndteringen af sygdom og sygdomssymptomer i hverdagen, og dels håndteringen i at vende tilbage til arbejdet til trods for sygdom og sygdomssymptomer.

Lær at tackle job og sygdom er et kortvarigt patientuddannelsesforløb med frivillige instruktører, der selv har erfaring med langvarigt sygefravær. Forløbet varer 15 timer fordelt på 6 uger, og har til formål at lære den enkelte borger selv at kunne håndtere symptomer i forbindelse med sygdom eller psykisk lidelse i dagligdagen, samt at give den enkelte borgere redskaber til at kunne vende tilbage til arbejdet. *Lær at tackle* programmet er oprindeligt udviklet på Stanford University (Lorig et al., 1999; Lorig et al., 2014), og har resulteret i en række danske patientuddannelsesforløb f.eks. *Lær at tackle kronisk sygdom*, *Lær at tackle kroniske smerter* og *Lær at tackle angst og depression*. Et programforløb som er afprøvet på danske borgere i samarbejdet med landets kommuner. *Lær at tackle* programmerne er oversat og bearbejdet af Komitéen for Sundhedsoplysning.

Den videnskabelige evaluering

Den videnskabelige evaluering af kurset blev tilrettelagt således, at alle landets kommuner fik tilbud om at deltage i afprøvningen af kurset. Der blev oprettet i alt 44 kursushold i 27 deltagende kommuner. I evalueringsprojektet deltog i alt 589 borgere.

Borgerne blev ved en lodtrækning fordelt, så der var 430 borgere, som fik en plads på kurset, og 227 kom i en kontrolgruppe. I kontrolgruppen besvarede borgerne kun spørgeskemaer om deres symptomer, sygdomsopfattelse, livskvalitet, self-efficacy og selvvurderet helbred, men deltog ikke på kurset. Før selve lodtrækningen besvarede alle deltagerne et spørgeskema, ca. 6-8 uger efter, svarende til lige efter kurset for kursusgruppen blev afsluttet, besvarede alle deltagere (kontrol- og interventionsgruppe) et midtvejsskema (svarprocent 79 %). Sidst, besvarede de et afsluttende opfølgningsskema ca. 6 mdr. efter kursusstart (svarprocent 72 %). Deltagerne besvarede spørgsmål om deres sygdomstilstand, symptomer, livskvalitet og trivsel, samt spørgsmål om mestring af deres sygdom og livssituation, herunder tiltro til at kunne håndtere og kontrollere symptomerne (self-efficacy), samt anvendte strategier til håndtering af sygdomssymptomer. Derudover registreredes også sociodemografisk information ved det første spørgeskema for alle deltagerne.

Der er tale om en omfattende evaluering med en solid videnskabelig kvalitet. Udover det store antal borgere, som har været på kurset, er det en styrke ved undersøgelsen, at der trækkes lod om pladserne på kurset, således at der også indgår en kontrolgruppe, samt at svarprocenten er høj (ca. 70 % besvarede det sidste opfølgningsskema). Desuden er den praktiske afvikling af kurserne i den foreliggende evaluering ikke gennemført af "eksperter" i en nçje udvalgt patientgruppe. De enkelte kurser blev afholdt ude i kommunerne på en måde, der svarer nøje til den måde, som kurserne også bliver afholdt på i den kommunale dagligdag. Resultaterne må derfor betragtes som havende en høj generaliserbarhed. Projekter er præ-registeret hos Clinicaltrials.gov: NCT02136056.

Denne delrapport beskriver resultaterne af effektundersøgelsen af livskvalitet og de øvrige psykologiske trivsels- og mestringsmål, samt kursisternes tilfredshed med kurset.

Resultater

Der var en stor aldersspredning i deltagergruppen (20 til 72 år). Der var forholdsvis flere kvinder end mænd med i undersøgelsen, således at der for hver deltagende mand var cirka 3 deltagende kvinder. Der var ingen forskelle mellem kursusgruppen og kontrolgruppen på fordelingen af mænd og kvinder, alder, uddannelse, civilstatus og helbreds karakteristika. En stor gruppe af deltagerne var fagligt uddannede, havde taget en kort eller mellemlang uddannelse, og sammenlignet med den øvrige befolkningsgruppe var andelen af uddannede personer større blandt undersøgelsesdeltagerne. Cirka 38 % af deltagerne havde sidst været ansat i den offentlige sektor. Størstedelen af deltagerne var sygemeldt på fuld tid, og over halvdelen af dem svarede at sygemeldingen var arbejdsrelateret. Når man ser på årsagen til sygemelding, er der primært to årsager 1) psykisk mistrivsel (47.5 %) og 2) fysisk sygdom eller tilskadekomst (52.5 %). Resultaterne viste, at deltagerne var fysisk og psykisk belastede, op imod en tredjedel af alle deltagerne havde stærke smerter, og næsten halvdelen oplevede alvorlig træthed. Den gennemsnitlige tilfredshed med eget helbred svarede til 'utilfreds' (range: 1-5, mean 2.3 (SD 1.0)). Derudover, viste 74 % symptomer på klinisk depression og 51 % på angstlidelse, og der var tegn på stærkt nedsat livskvalitet og trivsel. Der var ikke forskel på mænd og kvinder i forhold til den ovenstående faktorer.

Formålet med evalueringen var at vurdere effekten af kurset på områderne: livskvalitet og trivsel, psykisk belastning, sygdomsopfattelse og self-efficacy. Der var ingen effekt af kurset ved den afsluttende opfølgning 6 måneder efter kursusstart på nogen af de målte områder. Derudover, blev der målt på deltagernes egen oplevelse af *udbytte* og *tilfredshed*.

I forhold til sygdomsopfattelse og self-efficacy er der ingen signifikante forskelle i sygdomsopfattelse på henholdsvis kursus- og kontrolgruppe, hverken umiddelbar efter kurset eller ved den afsluttende 6 måneders opfølgning. Ved midtvejsevalueringen, lige efter kurset er afsluttet, ses statistisk signifikant effekt af kurset på både sygdomsrelateret self-efficacy og anvendelse af kognitive strategier for kursusgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Dette er særligt interessant, da patientuddannelsen netop er baseret på psykoedukation og øvelser i self-efficacy og konkrete tiltag, der kan forbedre mestring af sygdom og symptomer. Kurset formår i udgangspunktet således at formidle de centrale temaer til deltagerne. Dog er begge effekter forsvundet ved den afsluttende 6 måneders opfølgning. Dette var dog ikke på grund af forringelser i kursusgruppen, kontrolgruppen opnåede spontant sammen niveau som kursusgruppen 6 måneder efter kursusstart. Ydermere, ses en tendens til, at borgere der ikke tidligere har været langvarigt sygemeldte profiterede mere af kurset, end borgere der har haft langvarigt sygefravær tidligere.

Afslutningsvis blev der også spurgt til oplevelsen af selve kursusforløbet og indhold. Samlet set var der tale om få fraværgange hos kursisdeltagerne, og der var generelt stor tilfredshed med kurset, instruktørerne og indholdet i programmet. Især var der enighed om, at instruktørerne havde været gode til at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og kursisdeltagerne tilkendegav, at ligemandsprincippet i høj grad fungerer da 85 % angav, at det var en stor fordel, at instruktørerne selv havde erfaring med langvarigt sygefravær. Også gruppeformatet synes at blive oplevet positivt, da kursisdeltagerne både kunne genkende medkursisters udfordringer, samt følte sig forstået af deres medkursister. Generelt følte kursisdeltagerne, at de var motiveret for at arbejde med deres sygdom og tilbagevenden til arbejde, alligevel var det kun halvdelen af kursisterne der oplevede at de havde lært noget om at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde. Det samme gjorde sig gældende for oplevelsen af at have fået udbytte af kurset. Trods dette vil over 70 % anbefale kurset til andre, der er langvarigt sygemeldte. Det viste sig, at op til 17 % af kontroldeltagerne sandsynligvis havde deltaget i et Lær at tackle kursus forinden evalueringen såvel som undervejs i evalueringsperioden. Det betyder, at cirka 35 ud af 202 kontrolgruppe deltagere havde modtaget undervisning i sygdomshåndtering ud fra de samme principper og indholdsmæssigt overlap som kursusgruppen havde modtaget. Bedring i kontrolgruppen kan derfor muligvis skyldes deltagelse i f.eks. Lær at tackle kurser såvel som andre behandlingstilbud.

Konklusion

Evalueringen af *Lær at tackle job og sygdom* programmet bidrager til graden af evidens for patientuddannelser, som udgår fra sundhedsområdet. I nærværende evaluering er der ikke evidens for, at *Lær at tackle job og sygdom* har en positiv effekt på livskvalitet og sygdomsopfattelse og psykisk belastning. Dog er der heller ingen negative effekt af kurset. I relation til self-efficacy har kurset en positiv indvirkning på kursusedtagerne målt kort efter kurset blev afsluttet, dog er denne positive indflydelse udlignet ved den afsluttende måling 6 måneder efter kursusstart. Både andre behandlingstilbud og forventningseffekt om at kunne komme på kursus efterfølgende undersøgelsen for kontrolgruppeditager kan have farvet resultaterne i kontrolgruppen, og selvom der var stor tilfredshed med kurset blandt kursusedtagerne og de vil anbefale det til andre i samme situation, kunne der ikke måles nogen positiv effekt på trivslen hos borgere med langvarigt sygefravær (evalueret i perioden 16 til 22 ugers sygefravær).

Baggrund

I løbet af 2015 modtog over 300.000 personer i Danmark sygedagpenge i en periode, der oversteg arbejdsgiverens forpligtelser, dvs. at sygemeldingen varede over 4 uger (Danmarks statistik, 2016). Der var således mere end 24 millioner langtidssygedage, hvilket svarer til et langvarigt sygefravær på mere end 300 dage eller ca. 3 mdr. for hver person.

Langvarigt sygdomsfravær har alvorlige konsekvenser, både samfundsmæssigt, socialt og individuelt. Lønmodtagere, selvstændigt erhvervsdrivende og ansatte i fleksjob eller job med løntilskud, som er langvarigt sygemeldte, er i forøget risiko for sygdomsrelateret kronicitet og dermed permanent eksklusion fra arbejdsmarked (Nielsen et al., 2014; OECD, 2010). De samfundsmæssige omkostninger forbundet med offentlig forsørgelse og behandling i sundhedsvæsenet er alene omfattende, f.eks. er det estimeret at sygedagpengeydelsen overstiger 13 mia. kroner (i 2013). Derudover kan tabet af arbejdsduelighed for den enkelte betyde væsentligt reduktion i indkomst og dermed forringet levevis. Så konsekvensen ved både de direkte og indirekte omkostninger ved langvarigt sygefravær er ekstrem alvorlig (Borg et al., 2010; Mortensen et al., 2008). Ifølge to hvidbøger fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø kan udgifter ved langvarig sygdom på 2013 niveau omregnes til hen ved 100 mia. kroner bare i indirekte omkostninger ved nedsat produktivitet. Dermed er omkostningerne til selve sygedagpengeydelsen blot en brøkdel af de faktiske omkostninger. I Danmark kan dét at være uden for det ordinære arbejdsmarked også være en barriere for et almindeligt socialt netværk, idet borgeren kan føle sig afskåret fra betydningsfulde relationer med kollegaer samtidigt med, at sygdom i sig selv kan betyde, at man har mindre energi eller fysisk mulighed for at socialisere med andre personer. På den lange bane kan det have nogle alvorlige, personlige konsekvenser. For mange personer har arbejdet stor indflydelse på ens selvpfattelse, og hvis arbejdsidentiteten forstyrres eller nedbrydes, kan det resultere i en lavere selvværdsfølelse (Nielsen et al. 2014). Alt i alt kan det medføre øget oplevelse af emotionel belastning som f.eks. kan medføre symptomer på angst og depression. Derudover er langvarigt fravær fra arbejdsmarked oftest ensbetydende med nedsat økonomisk indkomst. Evidensbaseret viden om effektive beskæftigelsesindsatser der kan reducere langvarigt sygefravær, reducere eksklusion fra arbejdsmarked og risikoen for sygdomskronicitet, er således relevante, da der er oplagte økonomiske såvel som menneskelige vindinger ved at nedbringe mængden af sygefravær.

Tidligere har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning samarbejdet om at indføre en højere grad af evidensbaseret praksis i de patientuddannelsesprogrammer, der udgår fra sundhedsområdet. Det har resulteret i oversættelser og bearbejdning af de programmer, som er udviklet under ledelse af Professor Kate R. Lorig på School of Medicine ved Stanford Universitet. Komiteen for Sundhedsoplysning der kan ses som et udførende led, har således oversat og bearbejdet *Chronic Disease Self-management* programmet (Lorig et al., 1999; Lorig et al., 2001; Lorig et al., 2013) til hhv. *Lær at tackle kronisk sygdom* og *Lær at tackle angst og depression*, samt oversat og bearbejdet *Chronic Pain Self-management* programmet (LeFort et al., 1998) til *Lær at tackle kroniske smerter*. Arbejdet er gennemført under vejledning af en række faglige eksperter og Socialstyrelsen. Programmerne er indført på sundhedsområdet og udbredt til størstedelen af landets kommuner, hvor de fortsat undergår evaluering. Derudover er der oparbejdet en række erfaringer, der kan tænkes at være ligeså relevante for langvarigt sygefravær som for kronisk sygdom.

Derfor vil Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering og Komiteen for sundhedsoplysning afprøve, om disse erfaringer og positive resultater kan overføres til mennesker, der har langvarigt sygefravær. Projektets styregruppe bestod af STAR, KL og Komiteen for Sundhedsoplysning.

Lær at tackle job og sygdom er således en videreudvikling på baggrund af *Lær at tackle kronisk sygdom*. Programmet er baseret på social-kognitiv indlæringsteori og begrebet om *self-efficacy*, dvs. tiltroen til at man kan håndtere sygdommen og dens konsekvenser (Bandura, 2003). Programmet hviler på tre grundlæggende antagelser (Ritter, Lee & Lorig, 2011), som videre i denne evaluering også antages at gælde for sygedagpengemodtagere:

1. Sygedagpengemodtagere med langvarigt sygefravær og langvarig sygdom oplever både problemer med at håndtere deres sygdom og problemer med at håndtere deres tilbagevenden til arbejde.

2. Sygedagpengemodtagere med langvarigt sygefravær og sygdom kan ved patientuddannelse forbedre deres evner til at håndtere dagligdagen såvel som deres tilbagevenden til arbejde.
3. Sygedagpengemodtagere, der på disse områder forbedrer tiltroen til egne evner, vil i højere grad opnå succes både med at håndtere sygdommen og med at vende tilbage til arbejde.

Med afsæt i styregruppens ønsker, herunder om randomiseret design, er det endelige studiedesign, med udgangspunkt i evaluators forslag, blevet fastlagt i samarbejde mellem evaluator og styregruppen. Den kvantitative evaluering er desuden suppleret med en kvalitativ undersøgelse. Der er i den forbindelse blevet foretaget en række semi-strukturerede interviews blandt deltagere på kurset. Formålet med den kvalitative undersøgelse er at belyse kursets mulige virkningsmekanismer og kursisternes oplevelser af både effektfremmende og effekthæmmende faktorer og eventuelle barrierer for at profitere af kursusdeltagelsen. Projekter er præ-registreret hos Clinicaltrials.gov: NCT02136056.

Kurset "LÆR AT TACKLE job og sygdom"

Lær at tackle job og sygdom består af seks gange af 2,5 timers undervisning. Undervisningen gennemføres ud fra en manual, og varetages af to instruktører, der har modtaget et 4 dages instruktørkursus¹. Instruktørerne er tidligere sygedagpengemodtagere, der har formået at bevare sin tilknytning til arbejdsmarkedet trods en langvarig sygdom, og disse fungerer deraf som positiv rollemodel.

Emnerne på kurset er blandt andre:

- Redskaber til håndtering af fysiske symptomer (træthed, smerte/ømhed, søvn og hvile etc.)
- Redskaber til håndtering af psykiske symptomer (f.eks. angst, stress, vrede/irritabilitet og depression)
- En ny arbejdsidentitet
- En aktiv indsats og dialog med arbejdsgiver, jobcenter og kollegaer
- Kommunikation med familie og venner
- At bruge sit netværk
- At sætte mål – og nå dem
- Problemløsning
- Pacing – balance mellem aktivitet og hvile

En vigtig del af kurset er formulering og løbende evaluering af ugentlige handleplaner, hvor deltagerne udveksler erfaringer og hjælper hinanden med at løse mulige problemer, før de opstår. Handleplanerne omfatter håndgribelige målsætninger for håndtering af sygdommen såvel som tilbagevenden til arbejde. Derudover skal fremskridt kunne måles, målene skal være nemme at opfylde, realistiske og inddrage en tidshorisont.

LÆR AT TACKLE – modellen er udviklet på Stanford Universitet og er kurser, der er målrettet mennesker med kroniske eller langvarige lidelser som f.eks. smerter, angst, depression, diabetes eller hjertesygdom. Et af de bærende teoretiske elementer i kurserne er begrebet self-efficacy, der er udviklet af professor og psykolog Albert Bandura (Bandura, 2003). Self-efficacy er et udtryk for en persons tiltro til egne evner på et givent område: F.eks. troen på egne evner til at kunne gå på arbejde på trods af sin sygdom eller troen på egne evner i forhold til at kunne håndtere sine symptomer. En persons tiltro til egne evner ses som afgørende for, om vedkommende forholder sig aktivt eller passivt til sin situation. Har man tiltro til, at det man gør medfører et positivt resultat, vil man typisk handle aktivt. Hvis man derimod ikke tror, at man kan stille noget op, vil man typisk heller ikke gøre forsøget.

¹ 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 to dages videreuddannelse.

På kurserne arbejdes der derfor systematisk med at øge borgernes self-efficacy i forhold til at håndtere sygdom og symptomer. Dette gør man ved at anvende følgende metoder:

- Tilegnelse af færdigheder (til at mestre symptomer, hverdagen og jobsituation)
- Revurdere årsagen til og muligheden for at tackle sine symptomer
- Spejle sig i positive rollemodeller
- Gruppedynamik

Målgruppe

Deltagerne i evalueringen er sygedagpengemodtagere, der er sygemeldt fra job, og som har mindre god prognose for at vende tilbage til arbejde. Deltagelsen er frivillig. Borgeren skal således selv ønske tilmelding, og der må *ikke* stilles krav fra jobcenteret om, at borgeren skal deltage for at opretholde sin ydelse.

Hensigten er at rekruttere sygedagpengemodtagere, der ved inklusion har været sygemeldt i mindst 6 uger og højst i 20 uger (dvs. inden udgangen af 19. uge). Dette inklusionsvindue er udvalgt på baggrund af tidligere undersøgelser i Danmark (Bültmann et al., 2009; Høgelund, 2012; Jensen et al., 2011). Desuden stiller lovgivningen i Danmark krav om, at jobcentre skal afholde første opfølgningssamtale med borgeren inden udgangen af 8. uge og anden samtale inden udgangen af 12. uge. Vinduet giver således mulighed for, at sagsbehandleren rekrutterer borgere på et af disse to møder.

Ydermere skal den sygemeldte ved den første samtale i jobcenteret visiteres til to ud af tre opfølgnings-kategorier: Hhv. Kategori 2 - "Sager med længerevarende men forudsigelige forløb" eller Kategori 3 - "Sygemeldte med komplekse problemer". Disse kategorier udgør hver 24 % og 14 % af de visiterede sager (Høgelund et al., 2008). De borgere der bliver visiteret til Kategori 1 - "Sygemeldte der forventes raskmeldte indenfor 2 måneder", som udgør 60 % af sagerne (Høgelund et al., 2008) skal således ikke rekrutteres. De borgere der slet ikke når at blive visiteret skal heller ikke rekrutteres. Det er altså afgørende for inklusionen, at de borgere der rekrutteres har enten et kronisk eller et forventet langvarigt sygdomsforløb.

Evalueringens formål og hypoteser

Formålet med den foreliggende evaluering er at undersøge effekten af kurset *Lær at tackle job og sygdom* i et randomiseret design, hvor ændringer blandt de deltagere som ved lodtrækning kommer i kursusgruppen sammenlignes med de deltagere, der kommer i en kontrolgruppe og dermed ikke på kursus.

I den forbindelse er der blevet udvalgt et primær effektmål i evalueringen, og dernæst nogle udvalgte sekundære effektmål. Det første primære effektmål er deltagernes grad af livskvalitet og trivsel. De andre mål omfatter psykisk belastning, mestring og sygdomsopfattelse. Mestring er kendetegnet ved både sygdomsrelateret self-efficacy og anvendelse af kognitive strategier.

Evalueringens hovedhypotese er, at kurset *Lær at tackle job og sygdom* har en gavnlig effekt med hensyn til at forbedre en ringe livskvalitet og mistrivsel hos kursusdeltagerne samt forbedre deres mestring. Kun hvis forbedringerne hos kursisterne overstiger kontrolgruppens på opfølgningstidspunktet, er det en indikation på, at kurset har en positiv effekt. Det primære opfølgningstidspunkt for evalueringen er den sidste måling 6 måneder efter at kurset startede. Dette betyder, at det er resultaterne fra dette opfølgningstidspunkt, som der hovedsageligt skal tillægges vægt.

Det undersøges i et randomiseret kontrolleret design, om borgere der modtager interventionen *Lær at tackle job og sygdom*, efterfølgende adskiller sig fra en *treatment-as-usual* gruppe ved, at de:

- Oplever øget livskvalitet, herunder mere velvære og mindre psykisk sygdom

- Oplever øget mestring i forhold til, at de kan håndtere symptomerne og hverdagslivet med en sygdom

Metode

Rekruttering af kommuner

I samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning blev der udarbejdet informationsmateriale, som alle kommuner fik tilbudt at deltage i. Alle de kommuner der sagde ja til at deltage i projektet fik tilbudt at få op til 4 instruktører gratis uddannet. I hver kommune blev der udpeget en koordinator, som regel fra sundhedsområdet, men i tæt samarbejde med beskæftigelsesområdet, herunder jobcenteret. Oftest udpegedes én hovedansvarlig sundhedskoordinator og én kontaktperson fra beskæftigelse.

Rekruttering af deltagere

Rekrutteringen af deltagerne foregik hovedsageligt på jobcentrene i de enkelte kommuner af jobkonsulenter eller sagsbehandlere. Deltagerne rekrutteredes (jf. ovenstående inklusions- og eksklusionskriterier) fortrinsvist blandt de sygedagpengemodtagere, der var tilknyttet de jobcentre og sundhedscentre, som indgik i evalueringen. Sagsbehandlere med kontakt til målgruppen blev uddannet af Komiteen for Sundhedsoplysning i at visitere til kursustilbuddet. Rekrutteringssamtalen faldt i langt de fleste tilfælde sammen med jobcenterets første eller anden opfølgningssamtale, der lovmæssigt skal finde sted inden udgangen af hhv. den 8. og 12. uge (se bilag 1 'Redskab til inklusion'). Derudover blev der udleveret både en guide og tjekliste, samt en guide til mundtlig information til koordinatoren også (se bilag 2 og bilag 3). Kurset blev udelukkende tilbudt som et frivilligt supplement til centerets øvrige aktiviteter.

I løbet af samtalen blev der givet mundtlig information om indhold og forløb af kurset og samtidig information om den videnskabelige evaluering. Det skulle i samtalen fremgå tydeligt, at borgerens beslutning om deltagelse ikke kunne påvirke sygedagpengedydelsen, og at pladserne på kurset ville blive fordelt ved lodtrækning.

Som supplement til ovenstående fremgangsmåde kunne rekruttering ske ved, at jobcenteret i samarbejde med sundhedscenteret iværksatte annoncering enten i lokale medier eller ved opslag. Opslagene kunne opsættes i begge centre og i lægehuse og på biblioteker. Opslagene omhandlede åbne informationsmøder, hvor koordinatoren fortalte om kurserne og om evalueringen (se 'opslag' i bilag 4).

I begge tilfælde blev der udleveret skriftligt materiale (se bilag 5 'Informationsfolder') til de borgere, der var interesserede, så de kunne tage materialet med hjem til gennemlæsning. Først derefter tog de endeligt stilling til deres deltagelse. Der blev også tilbudt mulighed for uddybende mundtlig information fra jobcenterets koordinerende medarbejder i enerum og med mulighed for bisidder.

Hvis borgeren herefter ønskede at deltage udfyldtes Stamkort og Samtykkeerklæring (Se bilag 6), og denne returneres i en frankeret svarkuvert til Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi. Derpå udfyldtes det elektroniske spørgeskema, eller hvis borgeren ønskede dette et tilsendt papirspørgeskema.

Som endnu et supplement kunne deltagere rekrutteres blandt sygedagpengemodtagere, der var tilknyttet de sundhedscentre, som samarbejder med jobcentrene. Der blev informeret mundtligt og skriftligt efter én af de skabeloner som er beskrevet ovenfor; hhv. samtale eller informationsmøde. Dernæst blev der tilbudt mulighed for uddybende mundtlig information fra den koordinerende medarbejder. Ved denne rekrutteringsform koordineredes ligeledes med jobcenteret.

Når stamkort, samtykkeerklæring og spørgeskema var modtaget på Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi, blev der løbende foretaget en randomisering, hvor 3/5 af borgerne inden for hvert jobcenter tilfældigt blev udtrukket til kursusdeltagelse eller 2/5 til en kontrolgruppe. Kontrolgruppen ville da kunne modtage de sædvanlige tilbud fra jobcenteret (*treatment as usual*). Derpå blev der givet besked om udfaldet til det pågældende jobcenter, som sørgede for indkaldelse til og gennemførelse af kurset,

samt afslag til de borgere der ikke kom på kurset. Der skulle optimalt være 15 kursister, men kommunerne forvaltede selv, om de vil starte kursus op inden for en ramme på 10 til 16 kursister. Hvis ikke rammen kunne opfyldes, skulle Komiteen for Sundhedsoplysning eller forskningsenheden kontaktes, idet der kunne gives tilladelse til opstart af kurser helt ned til 8 kursister.

Forsamtalen

I enkelte jobcentre blev forsamtalen afholdt af enten en jobkonsulent, sagsbehandler eller en sundhedsmedarbejder.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier

- Personen modtager sygedagpenge
- Personen har været sygemeldt i maks. 22 uger
- Personen er oprindeligt sygemeldt fra job, men kan sidenhen være opsagt
- Personen kan være sygemeldt fra ledighed
- Personen kan være sygemeldt fra fleksjob
- Personen vurderes som en "risikosag", dvs. kategori 2 eller 3
- Personens helbredsproblem forventes at være langvarigt
- Personen medvirker frivilligt
- Personen er over 18 år
- Personen taler og forstår dansk
- Personen udviser *ikke* tegn på aggressiv adfærd
- Personen har erkendelse af et langvarigt helbredsproblem
- Personen ønsker at arbejde aktivt med sin sygdom/tilstand og med sin jobsituation

Eksklusionskriterier

- Sygefravær i 23. uge eller mere ved rekruttering (for pågående sygemelding)
- Visitering af jobcenteret til kategori 1; "Glatte sager"
- Fysiske eller psykiske problemstillinger der hindrer deltagelse i kurset, herunder:
- Betydelig kognitiv funktionsnedsættelse
- Svære misbrugsproblemer
- Tydelig aggressiv adfærd

Design og dataindsamling

Måletidspunkter

I løbet af evalueringen blev målt der ved hjælp af spørgeskemaer på deltageres psykosociale tilstand på i alt tre tidspunkter.

Alle tre spørgeskemaer blev udfyldt online via Qualtrics.com. Man kunne tilgå spørgeskemaet fra Komiteen for Sundhedsoplysningens hjemmeside eller få tilsendt et link med direkte adgang til spørgeskemaet. Dette spørgeskema blev udfyldt før randomiseringen af borgerne, det vil sige før de vidste, om de var kommet i kontrol eller kursusgruppen. På denne vis blev det sikret, at alle deltagerne i evalueringen besvarede spørgeskema 1 (tid 1), og at besvarelsen ikke var afhængig af om borgerens viden, om de var kommet på hold eller ej. Da der var løbende optag i nogle kommuner kunne perioden fra inklusion til opstart af kurset variere fra 1 – 8 uger. I dette spørgeskema var der udover de primære og sekundære mål spørgsmål vedrørende alder, medicinforbrug og andre sociodemografiske data.

Ved post-interventionsmålingen cirka en uge efter afsluttet kursus, blev der sendt påmindelse og link til spørgeskema 2 (tid 2). Det andet spørgeskema skulle også besvares online, og der blev sendt en påmindelse og et link til deltagerne ca. 6 – 8 uger efter kursusstart både til kontrol og kursusgruppe. Generelt, blev kurserne afholdt over 6 uger, dog i visse tilfælde lidt længere pga. ferier, helligdage mv. Derfor blev spørgeskema 2 altid sendt en uge efter endt kursus. I spørgeskema 2 blev der for kursusdeltagerne spurgt ind til deres oplevelse og tilfredshed med kurset.

Spørgeskema 3 (tid 3) blev sendt ud yderligere 4 mdr. senere. I dette spørgeskema, blev kontrolgruppedeltagerne spurgt, om de havde deltaget på nogle andre Lær at tackle kurser enten på nuværende tidspunkt eller indenfor de sidste 6 mdr., som er det der svarede til evalueringssperioden.

Ved spørgeskema 2 og 3 blev der rykket for besvarelse med en uges mellemrum. Det startede med en e-mail påmindelse med et nyt link om besvarelse af spørgeskemaet. Blev besvarelsen ikke modtaget inden for en uge, blev deltagerne ringet op med en mundtlig påmindelse i tilfælde af, at spørgeskemaet var gået i SPAM-filter på deres e-mail, eller at deltagerne havde ændret eller fået ny e-mail adresse. Hvis deltagerne udtrykte ønske om mere tid, blev der aftalt et tidspunkt for eventuel indsendelse. Der blev også åbnet mulighed for, at deltageren kunne nøjes med at udfylde de primære effektmål telefonisk på et aftalt tidspunkt. Rykkerproceduren blev foretaget af en studentermedhjælper, som ikke var vidende om (blændet), hvorvidt deltageren var i kontrol- eller kursusgruppen. Uanset om deltagerne havde lyst eller energi til at udfylde opfølgning spørgeskemaerne, blev dette anerkendt, og alle blev takket for deres indsats i forbindelse med evalueringen.

Styrkeberegning og sample size

Antallet af deltagere i evalueringen blev på forhånd fastlagt ud fra en statistisk styrkeberegning baseret på tidligere rapporterede effektstørrelser i forhold til *tilbagevenden til arbejde*. Styrkeberegning blev foretaget på grundlag af forventningen om små registerbaserede beskæftigelseseffekter. Det skyldes, at forskningen i tilbagevenden til arbejde kun finder små effekter, jf. den seneste meta-analyse (Palmer et al., 2012), og flere omfattende litteraturstudier (Carroll et al., 2010; Hoefsmit et al., 2012; Schandelmaier et al., 2012; van Oostrom et al., 2009). Til sammenligning forventer vi moderate effekter for de spørgeskemabaserede data, idet forskningen i patientuddannelses-programmer netop finder moderate effekter for bl.a. *self-efficacy* og dernæst sundhedsstatus og –adfærd (Marks, Allegrante, & Lorig, 2005a; Marks, Allegrante, & Lorig, 2005b; Ritter et al., 2011). Derfor vil effekter, der forventes stærkere for de psykologiske variable, kunne opdages ved en styrkeberegning baseret på forventede beskæftigelseseffekter.

Palmer et al. (2012) finder, at "tilbage til arbejde indsatser" for sygemeldte har en beskæftigelseseffekt, som svarer til en median relativ *risk* på 1,21. Indsatser rettet mod de sygemeldtes adfærd og indlæring havde en effekt i samme størrelsesorden (relativ *risk* på 1,20). I nærværende evaluering planlagdes en inklusion af 30 jobcentre, som hver gennemførte to kurser med 10-16 deltagere. Med en 60-40 % randomisering ville det give mellem 600 og 900 deltagere i indsatsgruppen og mellem 400 og 600 deltagere i kontrolgruppen. Ved 12 deltagere pr. kursus viser en styrkeberegning, at vi med 80 procents sandsynlighed vil kunne identificere en effekt med en relativ *risk* på 1,16.

Som eksempel på hvor stor en population der kunne være realistisk at opnå i evalueringen, blev der taget udgangspunkt i antallet af sygemeldte i Esbjerg. Her var der i 2009-2011 mellem 1.700 og 1.800 personer årligt, der modtog sygedagpenge i mere end 13 uger. På den baggrund vurderedes det, at de fleste mellemstore kommuner uden problemer vil kunne gennemføre to gruppebaserede interventioner årligt. Komiteen for Sundhedsoplysning og SFI anslog, at ca. 30 kommuner ville deltage. Erfaringer fra en indledende pilot har dog vist, at samarbejdet mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet er vanskeligt, fordi dette samarbejde typisk skulle etableres fra bunden. Erfaringerne fra piloten var desuden, at målgruppen ikke ønskede at komme på kursus, fordi de var tidligt i deres sygdoms og sygemeldingsforløb og derfor ikke motiverede for denne type indsats. Derfor forventedes det på trods af et stort potentiale, at det kunne blive en udfordring at få de nødvendige 50 deltagere pr. jobcenter.

Randomisering

Når den projektansvarlige modtog blanketten for stamkort og samtykke samt det udfyldte online spørgeskema, blev der trukket lod om, hvorvidt borgeren kom i kursus- eller kontrolgruppen, efter en fordelingsnøgle 60/40. Det vil sige, at cirka 60 % kommer på kursus og 40 % i kontrolgruppen. Koordinatoren fik besked om lodtrækningens udfald, og koordinatoren gav besked til borgeren. Borgere som kom i kontrolgruppen, og som ønskede at deltage i kurset blev opfordret til at henvende sig igen efter 6 mdr., eller når de sidste spørgeskemaer var udfyldt, dvs. når evalueringen var afsluttet. Det blev understreget over for koordinatoren, at borgere som kom i kontrolgruppen ikke blev informeret 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 borgeren ønskede det, må de selv henvende sig til koordinatoren efter ca. 6 mdr., når det sidste spørgeskema er udfyldt. I tilfælde af sene rekrutteringer, blev borgeren opfordret til at udfylde samtykkeerklæringen med det samme (første møde), og udfylde spørgeskemaet hurtigst muligt, og gerne samme dag. Efter aftale med borgeren kunne personoplysninger videregives telefonisk fra koordinator til projektansvarlig, og samtykkeerklæringen eftersendes. Således kunne borgeren snarest få besked om, han/hun var i kursus- eller kontrolgruppen.

Effektmål og spørgeskemaer

Evalueringens primære tidspunkt for vurderingen af effekten blev på forhånd angivet til at være den sidste måling efter ca. 6 mdr. efter kursets begyndelse (tid 3), for alle de anvendte effektmål.

Herudover blev deltagerne i spørgeskema 1 spurgt til demografiske forhold, uddannelse og job, sygdomme, medicinforbrug, psykisk belastning, angst og depressionssymptomer målt med *Common Mental Disorder Questionnaire* (Christensen et al., 2005). I det umiddelbare opfølgningsskema (tid 2) blev deltagerne i kursusgruppen udover effektmålene spurgt til, hvor mange gange de havde deltaget i kurset samt deres opfattelse og udbytte af kurset. Disse evalueringsspørgsmål var opdelt i to, hvoraf den ene del primært fokuserede på tilfredshed med instruktørerne, mens den anden del søgte at afdække, i hvilken udstrækning kursisterne havde oplevet og haft udbytte af potentielle virkningsmekanismer.

I 6-måneders opfølgningsskemaet (tid 3) blev alle deltagere udover effektmålene spurgt til væsentlige ændringer i deres arbejdssituation, familieliv, helbred, økonomiske forhold og boligsituation. Kursusgruppen blev desuden spurgt til, om de fortsat benyttede sig af redskaber, de havde lært på kurset, og om de havde udbytte af kurset i deres dagligdag. Mens kontrolgruppen blev spurgt om, de var startet på et tilsvarende kursus eller var tilmeldt et kursus, der snart skulle starte.

Tabel 1. Oversigt over inkluderede spørgeskemaer

EFFEKT MÅL:		
Dimensioner	Kilde	Måletidspunkt
<i>Livskvalitet</i>		
Psykisk velbefindende	WHO-5 5 items + 2 generelle items, der måler psykisk velbefindende og tilfredshed (Bech et al., 2003; Bech, 2012; Noerholm et al., 2004)	Baseline Post-intervention 6 mdr. opfølgning
Psykiske tilstande	CMDQ; Common mental disorder questionnaire 33 item version, der måler almindeligt forekommende mentale tilstande såsom depression, angst og somatisering (Christensen et al., 2005)	Baseline Post- intervention 6 mdr. opfølgning
<i>Håndtering af symptomer</i>		
Mestring af sygdom	UW-SES; University of Washington self-efficacy scale	Baseline

(Self-efficacy)	6 item kort udgave, udviklet på baggrund af 19 items (Amtmann et al., 2012)	Post-intervention 6 mdr. opfølgning
Kognitive strategier	Self-management; CDSMP skala 6 items der måler, om kognitive håndteringsstrategier, bliver anvendt sådan som de indlæres på kurset. (Lorig et al., 1996)	Baseline Post-intervention 6 mdr. opfølgning
Sygdomsopfattelse	Brief IPQ; Illness Perception Questionnaire 8 items, der måler sygdomsopfattelse (Broadbent et al., 2006)	Baseline Post-intervention 6 mdr. opfølgning

Analyse af data

Data er analyseret i henhold til CONSORT retningslinjerne som "intention-to-treat". Det vil sige, at deltagerne i kursusgruppen tæller med i resultaterne, uanset hvor mange gange den enkelte deltog på kurset (eller evt. slet ikke). I de statistiske analyser anvendes "mixed-effects regression analysis" (Repeated Measurement ANOVA) med fixed treatment og tid samt random subject and subject within group effect (nested i hold). Alle mixed-effects analyser blev foretaget i statistikprogrammet STATA 14, og alle øvrige analyser er foretaget i SPSS 22. En af fordelene ved mixed-effects regressions analyse er, at alle deltagere indgår i analysen for så vidt, at de har afleveret blot et enkelt spørgeskema. Metoden er således forholdsvis robust i forhold til manglende observationer. Forskellen mellem ændringer i de primære effektmål i hhv. interventions og kontrolgruppen fra baseline til det primære opfølgning tidspunkt 6 mdr. efter kursusstarten, er beregnet som de justerede forskelle i form af planlagte kontrast analyser ("lincom" procedure). Der er foretaget visuel inspektion af residualer mhp. at identificere mulige afvigelser fra analysens normalitetsforudsætning. Slutteligt blev der foretaget en serie supplerende posthoc moderationsanalyser, hvor vurdering af mulige moderations effekter også blev gennemført med mixed-effects regressionsanalyse. Disse moderationsanalyser blev gennemført med henblik på at vurdere, hvorvidt der var forskelle mellem kursets effekt for grupper af særlig teoretisk og praktisk interesse (køn, årsag til sygemelding, tidligere sygemelding). Som et eksempel blev det i kontrastanalyser undersøgt om, forskellen for mændene i hhv. kontrol- og kursusgruppen adskilte sig fra den tilsvarende forskel blandt kvinder, målt fra baseline til den afsluttende 6-mdr. opfølgning på de primære effektmål. Resultaterne af de primære effektmål ved 6-mdr. opfølgning blev anset som statistisk signifikante ved en p-værdi på mindre end 0.05 (tosidet, $p < 0.05$).

Rekruttering og randomisering

Tabel 1. Fordelingen af randomiserede borgere i de deltagende kommuner

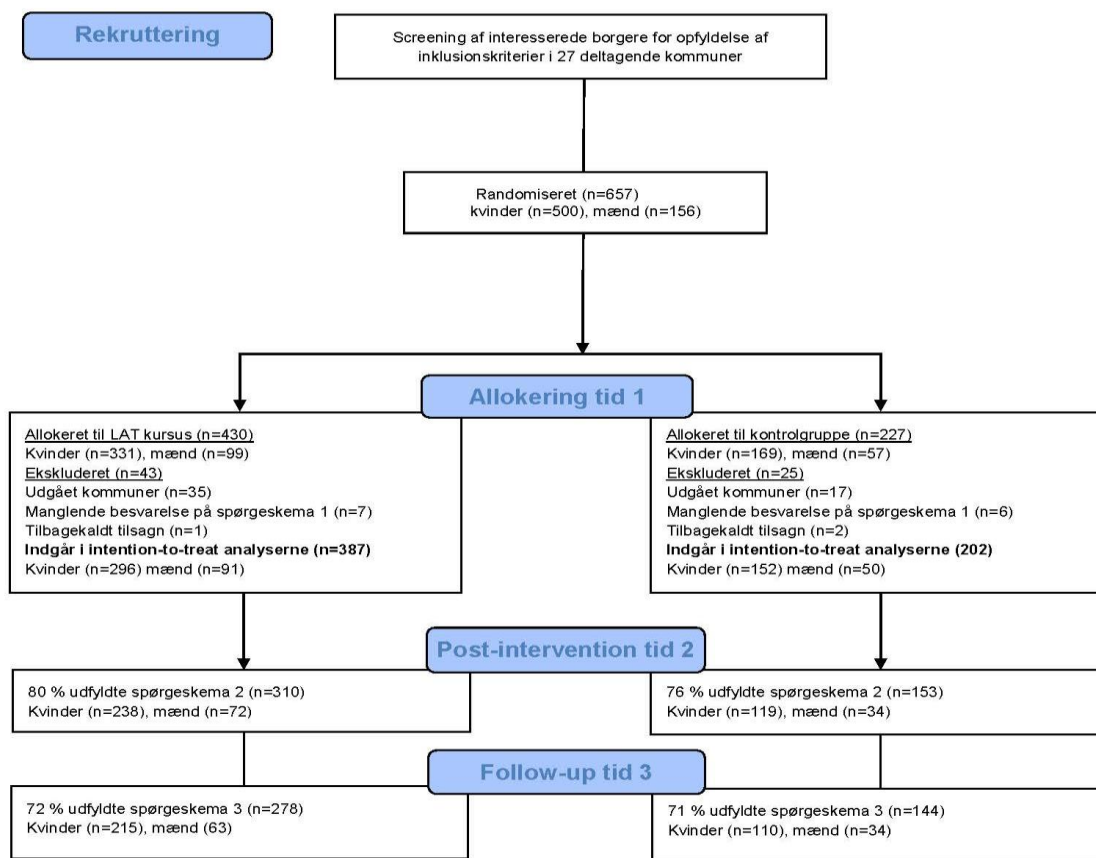
Kommuner	Antal borgere		Total
	Hold 1	Hold 2	
Albertslund	13	-	13
Egedal	11	11	22
Esbjerg	20	12	32
Fredericia	19	13	32
Frederiksberg	8	-	8
Frederikshavn	8	-	8
Frederikssund	19	11	30
Gentofte	15	-	15
Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk	14	-	14
Gribskov	15	11	26
Guldborgsund	21	15	36
Halsnæs	16	10	26
Helsingør	10	9	19
Hillerød	13	13	26
Hjørring	25	-	25
Ikast-Brande	10	-	10
Jammerbugten	11	14	25

Køge	16	-	16
Lejre	11	-	11
Nordfyns	13	-	13
Odense	20	23	43
Rebild	17	10	27
Ringsted	8	9	17
Skanderborg	17	16	33
Slagelse	11	10	21
Vesthimmerland	11	11	22
Aalborg	7	12	19
Total	379	210	589

I alt deltog 27 kommuner i evalueringen, hvoraf Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk kommune afholdt et enkelt kursus i fællesskab. I 17 ud af de 27 kommuner blev der afholdt 2 kurser, det vil sige, at der tilsammen blev afholdt 44 kursusforløb i Lær at tackle job og sygdom, i perioden efteråret 2014 og til og med foråret 2016 (2014: 2 kurser; 2015; 38 kurser; 2016; 4 kurser). Der var stor spredning i antallet af tilmeldte borgere i evalueringen hos de enkelte kommuner, hvilket betød at de enkelte hold varierede fra det mindste hold på 7 deltagere til det største hold som havde 23 deltagere, med i gennemsnit 14 deltagere pr. hold. (Her skal antallet af borgere pr. hold (kursus + kontrol) ikke forveksles med antallet af borger pr. kursus (Lær at tackle job og sygdom forløb)). Flere kommuner (Haderslev, Kalundborg, Kerteminde, Syddjurs, Ærø og Sønderborg) var oprindeligt tilmeldt projektet og påbegyndte rekrutteringen af borgere, men på grund af manglende deltagere udgik de af evalueringen. Dette gjorde sig også gældende for deltagende kommuner, som pga. for få tilmeldte borgere ikke kunne gennemføre hold 2 (se tabel 1).

I alt blev 657 borgere randomiseret og fordelt med 430 i kursusgruppen og 227 i kontrolgruppen (Se flowchart figur 1.) Antallet af borgere, som allerede havde tilmeldt sig evalueringen, men hørte til kommuner som måtte udgå pga. mangelfuld rekruttering, udgjorde 52 deltagere, som blev ekskluderet. 13 borgere havde ikke besvaret spørgeskema 1, som var én af betingelserne for at kunne deltage i evalueringen. Sidst valgte 3 borgere at tilbagetrække deres tilsagn om deltagelse i evalueringen. Af de 657 borgere indgår således 589 borgere i undersøgelsen, fordelt med 387 in kursusgruppen og 202 i kontrolgruppen, hvoraf intention-to-treat-analyse var mulig for alle.

Figur 1. Flowchart over rekruttering



Deltagernes karakteristika

I dette afsnit beskrives karakteristiske træk og variationen imellem borgere, som deltog i evalueringen af Lær at tackle job og sygdom. Herunder demografiske data og helbredsrelateret viden.

Sociodemografiske data

Den gennemsnitlige alder for deltagerne var 48 år, og aldersspredningen var stor, den yngste deltager var således 20 år og den ældste deltager 72 år gammel. Ca. 24 % er mellem 18 og 39 år, 30 % er mellem 40 og 49 år, og så kommer en større gruppe på 34 % der repræsenterer aldersgruppen 50 til 59 år, og sidst kommer en mindre gruppe af deltagere der er over 60 år på ca. 11 %. Der var væsentligt flere kvinder med i evalueringen end mænd, og de udgjorde 76 % af gruppens helhed (448/589), hvilket medførte en stærk overrepræsentation af kvinder – dette gjaldt også kursusgruppen (296/387). Øvrige oplysninger om deltagernes uddannelsesnivea, civilstand og helbredsrelaterede karakteristika fremgår af tabel 2. Derudover skal randomiseringen sikre, at de to grupper ikke adskilte sig markant fra hinanden, således at forskelle efter kurset ikke kunne tilskrives, at grupperne fra starten var forskellige. Vi undersøgte derfor om, der inden kursusstart var forskel på kursus- og kontrolgruppen.

Tabel 2. Baseline karakteristika for deltagerne

	Samlet (N=589) N (%)	Kursusgruppen (N=387) N (%)	Kontrolgruppen (N=202) N (%)
Alder			
18-29	33 (5.6)	16 (4.1)	17 (8.4)
30-39	105 (17.8)	78 (20.2)	24 (13.4)
40-49	182 (30.9)	120 (31)	62 (30.7)
50-59	204 (34.6)	133 (34.4)	71 (35.1)
60+	65 (11)	40 (10.3)	25 (12.4)
<i>Gennemsnit (SD)</i>	<i>47.2 (10.1)</i>	<i>47.1 (10.0)</i>	<i>47.3 (10.4)</i>
Køn			
Kvinde	448 (76.1)	296 (76.5)	152 (75.2)
Mand	141 (23.9)	91 (23.5)	50 (24.8)
Civilstand			
Gift/samlevende i forhold	367 (62.3) 73 (12.4)	249 (64.3) 44 (11.4)	118 (58.4) 29 (14.4)
Enlig	149 (25.3)	94 (24.3)	55 (27.2)
Hjemmeboende børn			
Nej	268 (45.5)	174 (45.0)	94 (46.5)
Ja	321 (54.5)	213 (55.0)	108 (53.5)
Uddannelse			
Folkeskolen, mellemskole, Realeksamen	79 (13.4)	53 (13.7)	26 (12.9)
Ungdomsuddannelse (f.eks. gymnasium, HF, HTX, HH eller HG)	47 (8.0)	29 (7.5)	18 (8.9)
Faglig uddannelse (f.eks. teknisk skole)	139 (23.6)	88 (22.7)	51 (25.2)
Kort videregående uddannelse	96 (16.3)	69 (17.8)	27 (13.4)
Mellemlang videregående uddannelse	164 (27.8)	102 (26.4)	62 (30.7)
Lang videregående uddannelse	36 (6.1)	25 (6.5)	11 (5.4)
Andet	28 (4.8)	21 (5.4)	7 (3.5)
Seneste branche			
Produktionsvirksomhed (landbrug, fiskeri, råstofudvinding og forsyning)	55 (9.3)	39 (10.1)	16 (7.9)
Privat service sektor (f.eks. handel, bygge- og anlæg, transport, hotel og restauration.)	146 (24.8)	100 (25.8)	46 (22.8)
Privat administration (f.eks. finansiering og rådgivning)	33 (5.6)	19 (4.9)	14 (6.9)
Offentlig service sektor (f.eks. sundheds- og socialvæsen, uddannelse, undervisning og forskning)	223 (37.9)	144 (37.2)	79 (39.1)
Offentlig administration (det politiske system)	26 (4.4)	19 (4.9)	7 (3.5)
Andet	106 (18.0)	66 (17.1)	40 (19.8)
Seneste jobfunktion			
Drift, Produktion	90 (15.3)	61 (15.8)	29 (14.4)
Administration, Funktionær	94 (16.0)	59 (15.2)	

Salg. Service	82 (13.9)	54 (14.0)	28 (13.9)
Specialist. Rådgiver	54 (9.2)	30 (7.8)	24 (11.9)
Ledelse	22 (3.7)	16 (4.1)	6 (3.0)
Selvstændig	25 (4.2)	15 (3.9)	10 (5.0)
Anden	222 (37.7)	152 (39.3)	70 (34.7)
Helbredsmæssige karakteristika			
Smerte			
Lav smerte	263 (44.7)	170 (43.9)	93 (46.0)
Middel smerte	158 (26.8)	107 (27.6)	51 (25.2)
Stærk smerter	168 (28.5)	110 (28.4)	58 (28.7)
Gennemsnit (SD)	4.7 (3.2)	4.7 (3.2)	4.6 (3.2)
Træthed			
Lav træthed	102 (17.3)	16 (19.6)	26 (12.9)
Middel træthed	212 (36.0)	141 (36.4)	71 (35.1)
Stærk træthed	275 (46.7)	170 (43.9)	105 (52.0)
Gennemsnit (SD)	6.5 (2.4)	6.4 (2.5)	6.8 (2.2)
Stakåndethed			
Lav stakåndethed	430 (73.0)	281 (72.6)	149 (73.8)
Middel stakåndethed	103 (17.5)	67 (17.3)	36 (17.8)
Stærk stakåndethed	56 (9.5)	39 (10.1)	17 (8.4)
Gennemsnit (SD)	2.6 (2.8)	2.6 (2.8)	2.7 (2.7)
Søvnkvalitet			
Særdeles god søvnkvalitet	77 (13.1)	222 (57.4)	124 (61.4)
Middel søvnkvalitet	166 (28.2)	114 (29.5)	52 (25.7)
Lav søvnkvalitet	346 (58.7)	51 (13.2)	26 (12.9)
Gennemsnit (SD)	4.1 (2.5)	4.2 (2.5)	3.9 (2.5)
Medicinforbrug			
Receptpligtig medicin			
Ja	369 (62.6)	237 (61.2)	132 (65.3)
Nej	220 (37.4)	150 (38.8)	70 (34.7)
Receptpligtig smertestillende medicin			
Ja. Ofte	194 (32.9)	212 (54.8)	110 (54.5)
Enkelte dage	73 (12.4)	44 (11.4)	29 (14.4)
Nej	322 (54.7)	131 (33.8)	63 (31.1)
Håndkøbs smertestillende medicin			
Ja. Ofte	236 (40.2)	159 (41.1)	77 (38.1)
Enkelte dage	219 (37.3)	138 (35.6)	81 (40.1)
Nej	134 (22.5)	90 (23.3)	44 (21.8)
Receptpligtig sovemedicin			
Ja. Ofte	40 (6.7)	131 (33.8)	63 (31.1)
Enkelte dage	45 (7.7)	44 (11.4)	29 (14.4)
Nej	504 (85.6)	212 (54.8)	110 (54.5)
Receptpligtig medicin mod depression og/eller angst			
Ja. flere præparater	25 (4.2)	174.4)	8 (4.0)
Ja. ét præparat	126 (21.4)	92 (23.8)	34 (16.8)
Nej	438 (74.4)	278 (71.8)	160 (79.2)
Receptpligtig medicin mod akut angst			
Ja	28 (4.8)	16 (4.1)	12 (5.9)
Nej	561 (95.2)	371 (95.9)	190 (94.1)
Alkoholforbrug			
Daglig indtagelse af alkohol			
Ja	11	6 (1.6)	5 (2.5)
Nej	578	381 (98.4)	197 (97.5)
Føler du skyld over dit forbrug af alkohol			
Ja	40	28 (7.2)	12 (5.9)
Nej	549	359 (92.8)	190 (94.1)
Kontakt til sundhedsvæsenet (seneste 2 mdr.)			

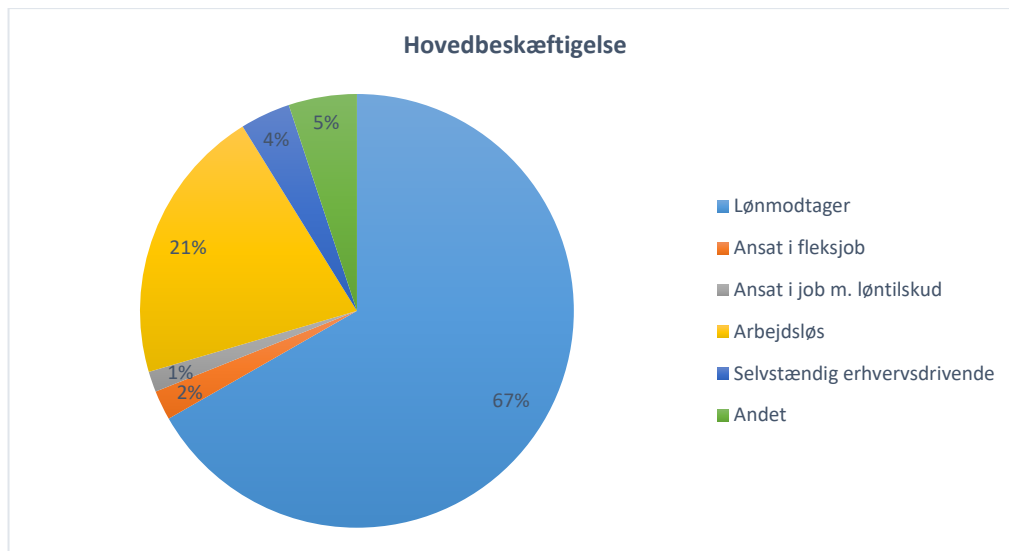
Været hos praktiserende læge eller anden læge			
Ingen besøg	29 (4.9)	21 (5.4)	8 (4.0)
1-2 gange	226 (38.5)	150 (38.7)	76 (37.6)
3-5 gange	283 (48.0)	183 (47.4)	100 (49.5)
6-10 gange	43 (7.3)	27 (6.9)	16 (7.9)
11-15 gange	5 (0.8)	3 (0.8)	2 (1.0)
> 15 gange	3 (0.5)	3 (0.8)	-
Været hos praktiserende psykolog			
Ingen besøg	360 (61.3)	245 (63.3)	115 (56.9)
1-2 gange	64 (10.7)	39 (10.2)	25 (12.9)
3-5 gange	128 (21.7)	83 (21.4)	45 (22.3)
6-10 gange	32 (5.5)	16 (4.1)	16 (7.9)
11-15 gange	-	-	-
Missing	5 (0.8)	4 (1.0)	1 (0.5)
Været hos fysioterapeut			
Ingen besøg	381 (63.5)	252 (65.1)	129 (63.8)
1-2 gange	40 (6.7)	31 (8.0)	9 (4.6)
3-5 gange	79 (13.3)	41 (10.6)	28 (13.7)
6-10 gange	63 (10.6)	40 (10.3)	23 (11.4)
11-15 gange	13 (2.1)	10 (2.6)	3 (1.5)
> 15 gange	13 (2.1)	8 (2.1)	5 (2.5)
Missing	10 (1.7)	5 (1.3)	5 (2.5)
Været på skadestuen/akut modtagelsen			
Ingen besøg	520 (88.3)	335 (86.6)	185 (91.5)
1-2 gange	54 (9.2)	44 (11.3)	10 (5.0)
>2	5 (0.8)	2 (0.5)	3 (1.5)
Missing	10 (1.7)	6 (1.6)	4 (2.0)
Været indlagt på sygehuset			
Ingen besøg	510 (86.6)	339 (87.6)	171 (84.7)
1-2 gange	59 (10.0)	35 (9.0)	24 (11.8)
> 2 gange	10 (1.7)	7 (1.8)	3 (1.5)
Missing	10 (1.7)	6 (1.6)	4 (2.0)

Analyserne viste ingen statistiske signifikante forskelle mellem kursus- og kontrolgruppen på nogle af de rapporterede variable. Som det fremgår af tabellen, adskiller de to grupper sig ikke fra hinanden på sociodemografiske faktorer, og helbredsmæssige karakteristika. I afsnittet om sygdomshåndtering og trivsel sammenholder vi kursus- og kontrolgruppen på nogle af de parametre, der også er evalueringens effektmål.

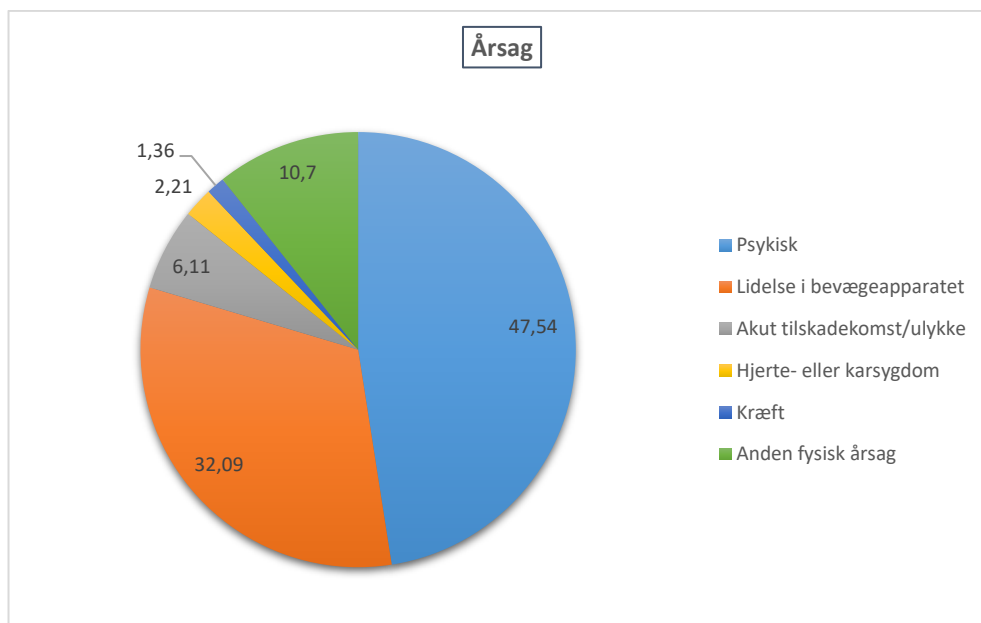
Sygemeldingsstatus

Størstedelen af evalueringens deltagere var sygemeldt fra job som lønmodtagere, og kun få fra fleksjob og løntilskud (se figur 2a), og cirka 83 % (490) er sygemeldt på fuldt tid. Årsagerne til sygemeldingen kan opdeles i primært to hovedgrupper, hvor begrundelsen var 1) psykisk mistrivsel (47,5 %) eller 2) fysisk sygdom eller tilskadekomst (52,5 %) for specificerede årsager til sygemelding se figur 2b.

Figur 2a. Beskæftigelse på sygemeldingstidspunktet



Figur 2b. Årsag til sygemelding



Derudover svarede over halvdelen af deltagerne, at sygemeldingen var arbejdsrelateret, og de fleste havde ingen andre samtidige sygdomme. Til gengæld har ca. 41 % (245) tidligere været sygemeldt i en periode længere end fire uger.

Sygdomshåndtering, sygdomsopfattelse og trivsel

Som det illustreres i tabel 2, har næsten 1/3 del af deltagerne, det der svarer til stærke smerter, og op imod halvdelen af deltagerne oplever alvorlig træthed. Dette stemmer overens med, at ca. 58 % har ringe søvnkvalitet, 28 % har middel søvnkvalitet og kun 13 % sover særdeles godt. Samtidig er det en gruppe, som er præget af psykisk belastning, som er tilmeldt evalueringen. Over halvdelen af deltagerne (51 %) havde symptomer på en angstlidelse, og ikke mindre end 74 % havde symptomer på en klinisk depression vurderet ud fra en screeningtest for angst og depression (CMDQ) (Christensen et al., 2005), og psykisk velbefindende målt ved WHO-5 indikerede også, at trivsel var lav for de deltagende borgere. De scorede i gennemsnit 37 (SD 20,5) ud af 100

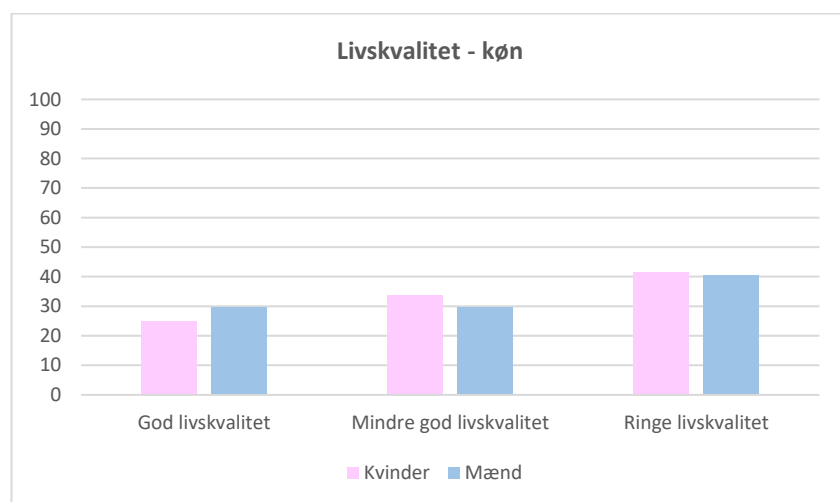
point, hvor en lavere værdi repræsenterer mere mistrivsel (Bech et al., 2003). Se figur 3 for yderligere fordeling af borgere fordelt på WHO-5 scores.

Figur 3a. Fordelingen af trivselsscores



Der ser ikke ud til at være forskel mellem kvinder og mænd i forhold til livskvalitet og trivsel.

Figur 3b. Fordelingen af trivselsscore for kvinde og mænd



I forhold til sygdomsopfattelse anvendte vi spørgeskemaet Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) (Boadbent et al., 2006), og til evaluering af sygdomshåndtering anvendte vi henholdsvis University of Washington Self-Efficacy Scale (UW-SES) (Amtmann et al., 2012), et self-management orienteret Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) (Lorig et al., 1996). Forskellen på de to spørgeskemaer er at afklare de forskellige dimensioner af sygdomshåndtering, og hvor UW-SES måler på troen på evnen til at håndtere sygdomssymptomer, måler CDSMP i højere grad på de anvendte færdigheder eller kognitive håndteringsstrategier, der anvendes når ubehag, smerter eller lignende opstår på grund af sygdom. Til forståelsen af selvvurderet helbred, anvendes ofte kun et enkelt spørgsmål: *Hvor tilfreds er du med dit helbred?* I denne evaluering vurderes det på en skala, der løber fra 1 til 5, hvor 1 er Meget utilfreds, og 5 er særdeles tilfreds. I alle tilfælde blev det testet, om der var statistisk signifikant forskel mellem kursus- og kontrolgruppe gruppe. I så fald kunne der tages højde for dette i post hoc analyserne. I nedenstående

tabel 4 gives et overblik over baseline scores på effektmålene. Der var ingen statistisk signifikante forskelle på mellem kursus- og kontrolgrupperne på nogen af variablene.

Tabel 4. Baseline resultater af mænd, kvinder, kursus- og kontrolgruppe på sygdomsopfattelse, selvvurderet helbred og sygdomshåndtering

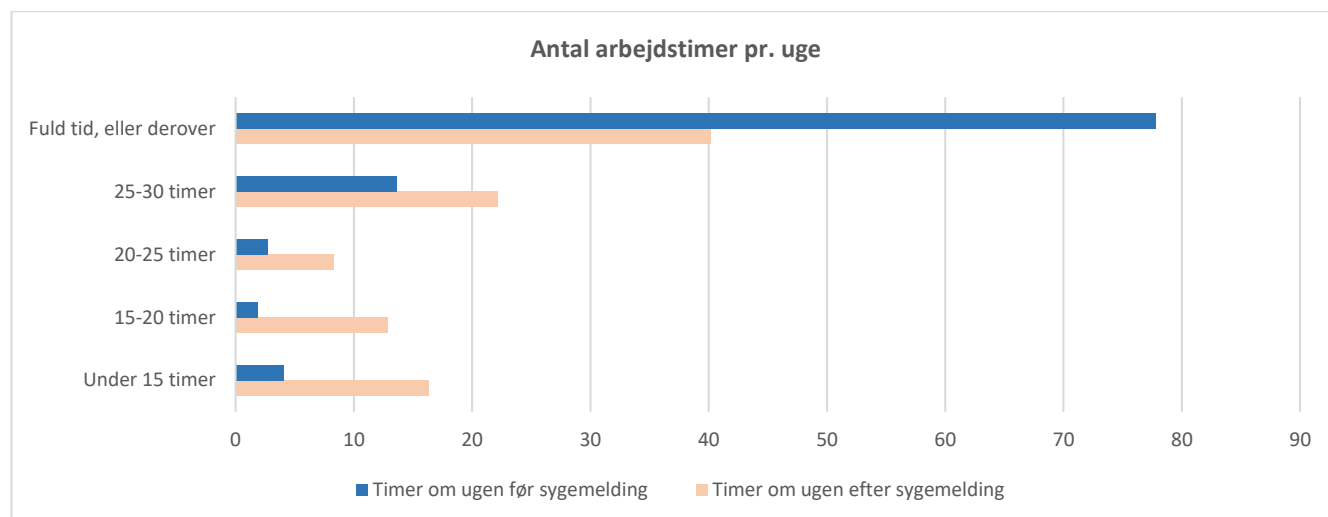
	Samlet (N=589)		Kursusgruppen (N=387)		Kontrolgruppen (N=202)	
	Kvinder (N=448) Mean (SD)	Mænd (N=141) Mean (SD)	Kvinder (N=296) Mean (SD)	Mænd (N=91) Mean (SD)	Kvinder (N=152) Mean (SD)	Mænd (N=50) Mean (SD)
Sygdomsopfattelse						
Livet	7.8 (1.9)	7.5 (2.3)	7.8 (1.9)	7.6 (2.1)	7.9 (1.9)	7.4 (2.6)
Varighed	6.3 (2.8)	6.1 (2.9)	6.5 (2.6)	6.2 (2.8)	5.9 (3.0)	6.0 (3.1)
Kontrol	6.3 (2.7)	6.2 (2.6)	6.9 (2.2)	7.1 (2.1)	7.0 (2.3)	6.8 (2.4)
Behandling	6.5 (3.0)	6.5 (2.7)	5.8 (3.8)	5.5 (2.8)	6.4 (3.1)	6.2 (3.1)
Symptomer	7.2 (2.1)	6.8 (2.5)	7.1 (2.1)	6.8 (2.3)	7.2 (2.2)	6.8 (2.9)
Bekymring	6.9 (2.6)	6.6 (2.8)	7.0 (2.6)	6.4 (2.8)	6.8 (2.7)	6.8 (2.7)
Forståelse	6.3 (3.2)	6.4 (2.9)	6.4 (3.1)	6.2 (3.0)	6.6 (2.9)	5.8 (3.5)
Følelsesmæssigt	7.5 (2.5)	6.8 (3.0)	7.5 (2.6)	6.8 (3.2)	7.4 (2.5)	6.7 (2.7)
<i>Samlet sygdomsoplevelse</i>	<i>55.2 (10.9)</i>	<i>52.5 (12.5)</i>	<i>55.2 (10.9)</i>	<i>52.5 (12.0)</i>	<i>55.3 (11.0)</i>	<i>52.5 (13.5)</i>
Selvvurderet helbred						
Tilfredshed med helbred	2.3 (1.0)	2.4 (1.0)	2.3 (1.0)	2.4 (1.0)	2.3 (1.1)	2.4 (1.1)
Sygdomshåndtering						
<u>Mestring</u>						
Står ikke i vejen	2.67 (1.1)	2.6 (1.0)	2.6 (1.1)	2.5 (1.0)	2.8 (1.0)	2.7 (1.2)
Ødelægger ikke evnen til at klare uventede hændelser	2.5 (1.1)	2.7 (1.1)	2.5 (1.1)	2.6 (1.0)	2.6 (1.1)	2.7 (1.2)
Hæmmer ikke samværet med andre	2.9 (1.1)	3.0 (1.2)	2.9 (1.1)	2.9 (1.2)	2.9 (1.0)	3.1 (1.3)
Er ikke midtpunktet i livet	3.0 (1.1)	3.0 (1.2)	3.0 (1.1)	3.0 (1.2)	3.1 (1.1)	3.0 (1.2)
Komme sig over frustrationer og nedture	3.0 (1.0)	3.1 (1.01)	3.0 (1.0)	3.1 (1.1)	3.1 (1.1)	3.2 (1.1)
Finde brugbare løsninger	3.0 (0.9)	3.0 (1.1)	2.9 (0.9)	3.0 (1.0)	3.1 (1.0)	2.9 (1.1)
<i>Samlet oplevelse af mestring (self-efficacy)</i>	<i>42.6 (8.4)</i>	<i>42.9 (9.5)</i>	<i>42.3 (8.3)</i>	<i>42.6 (8.8)</i>	<i>43.4 (8.6)</i>	<i>43.5 (10.7)</i>
<u>Kognitive strategier</u>						
Kan lægge afstand til ubehag	2.0 (1.5)	1.8 (1.3)	1.9 (1.2)	1.8 (1.3)	2.0 (1.3)	1.7 (1.3)
Tænker ikke på det som ubehag	1.1 (1.2)	1.1 (1.2)	1.1 (1.2)	1.0 (1.1)	1.2 (1.3)	1.3 (1.4)
Forsøger at få tankerne væk	2.1 (1.4)	1.6 (1.3)	2.0 (1.4)	1.7 (1.4)	2.2 (1.4)	1.4 (1.5)
Laver muskelafspænding	2.0 (1.5)	1.7 (1.3)	1.9 (1.5)	1.7 (1.3)	2.1 (1.5)	1.8 (1.3)
Bruger visualisering	1.3 (1.3)	0.9 (1.0)	1.3 (1.3)	0.9 (1.2)	1.4 (1.5)	0.9 (1.0)
Tænker positivt	2.8 (1.2)	2.4 (1.3)	2.7 (1.2)	2.3 (1.2)	3.0 (1.2)	2.7 (1.3)
<i>Samlet oplevelse af sygdomshåndtering</i>	<i>1.9 (0.8)</i>	<i>1.6 (0.8)</i>	<i>1.8 (0.8)</i>	<i>1.6 (0.8)</i>	<i>2.0 (0.8)</i>	<i>1.6 (0.8)</i>

Generelt set viser resultaterne, at deltagerne i evalueringen er påvirket af deres sygdom og/eller sygdomssymptomer. I forhold til troen på at mestre egen sygdom ligger de lidt lavere i gennemsnitlig score end det samlede spørgeskemaet blev udviklet på (mean 50; SD 9,7), som havde muskelsvind og post-polio syndrom (Amtmann et al., 2012). I forhold til selvvurderet helbred lander den gennemsnitlige score mellem 'utilfreds' og 'hverken tilfreds eller utilfreds'. Når man ser på de enkelt items i forhold til, hvordan deltagerne håndterer deres sygdom adfærdsmæssigt, er der moderat variation i svarene. Især synes det svært for deltagerne ikke at 'tænke på ubehaget ved sygdom eller symptomerne', hvor den gennemsnitlige score svarer til 'aldrig', hvorimod de i højere grad kan anvende 'at tænke positivt' som kognitiv strategi til håndtering af symptomer.

Der blev i evalueringen også spurgt ind til forventningerne til forhold, der var relaterede til tilbagevenden til arbejdet. Kun lidt under halvdelen (43 %) havde et job at vende tilbage til, og derfor var også kun 28 % i dialog med deres arbejdsgiver, på det tidspunkt evalueringen startede, og endnu færre havde sammen med arbejdsgiver lagt en plan for, hvornår borgeren kan vende tilbage. I gennemsnit rapporterede deltagerne, at de var nogenlunde sikre på, at de med tiden kunne vende tilbage til arbejdet (range: 1-5; mean 2,7 (SD 1,4)), og 61 % (363) mente, at der ville gå mellem 1 og 6 måneder førend de kunne vende helt tilbage på arbejdet.

Knap 5 % (28) mente at der ville gå mindre end 1 måned, 16 % mellem 6 og 12 måneder og 18 %, at der ville gå mere end 1 år førend, de kunne vende fuldt ud tilbage til arbejdet. Rigtigt mange (57 %) mente slet ikke de kunne vende tilbage til dét, der svarede til dét job, de varetog inden sygemeldingen, eller at de var nødt til at skifte karriere eller finde andre opgaver. Selvom de fleste var fuldtidssygemeldt, blev der også spurgt ind til antallet af timer, deltageren arbejdede før han eller hun blev sygemeldt, samt hvor mange timer om ugen vedkommende forventedes at kunne arbejde, når han eller hun vender tilbage (se figur 4).

Figur 4. Forskel i antal af udførte arbejdstimer og forventet antal arbejdstimer



Der er altså væsentligt flere, der forventer at arbejde noget mindre, når de skal vende tilbage til arbejdet igen, samme tendens gør sig gældende for både kursus- og kontrolgruppe. Til gengæld ser det ud til, at ca. 10 % flere mænd (49 %) forventer at komme tilbage på fuld tid i forhold til andelen af kvinder (38 %).

Tabel 4. Antal arbejdstimer pr. uge og antal forventede arbejdstimer ved tilbagevenden til arbejde

	Kursusgruppe	Kontrolgruppe
	(N=387)	(N=202)
	N (%)	N (%)
Timer om ugen før sygemelding		
Under 15 timer	18 (4.7)	6 (3.0)
15-20 timer	7 (1.8)	4 (2.0)
20-25 timer	8 (2.1)	8 (4.0)
25-30 timer	52 (13.4)	28 (13.9)
Fuld tid. eller mere	302 (78.0)	156 (77.2)
Timer om ugen ved tilbagevenden til arbejde		
Under 15 timer	65 (16.8)	31 (15.3)
15-20 timer	49 (12.7 %)	27 (13.4)
20-25 timer	34 (8.8)	15 (7.4)
25-30 timer	92 (23.8)	39 (19.3)
Fuld tid. eller derover	147 (38.0)	90 (44.6)

Effekt af kurset

Evalueringens primære effektmål var livskvalitet og trivsel. Sekundære effektmål er symptomer på angst og depression, sygdomshåndtering (mestring og kognitive strategier) og sygdomsopfattelse samt selv vurderet helbred. Hovedhypotesen er, at deltagerne i kursusgruppen oplever en forbedring ved den sidste opfølgning ca. 6 mdr. efter kursusstart sammenlignet med kontrolgruppedeltagerne. I den nedenstående tabel 5 vises en oversigt over alle effektmålene over tid og gruppe medtaget i evalueringen.

Tabel 5. Oversigt over Livskvalitet og trivsel, psykisk belastning, symptomer på angst og depression, samt mestring, kognitive strategier, sygdomsopfattelse og selv vurderet helbred

	Time	Kursusgruppe		Kontrolgruppe		T	P
		N	Mean (SD)	N	mean (SD)		
Livskvalitet og trivsel	Baseline	387	37.4 (20.8)	202	38.4 (19.9)	0.60	0.54
	2 mdr.	310	46.9 (20.7)	153	44.9 (21.9)	-0.94	0.35
	6 mdr.	278	49.2 (22.5)	144	50.0 (23.1)	0.38	0.70
Distress	Baseline	387	1.5 (0.9)	202	1.4 (0.9)	-1.13	0.26
	2 mdr.	313	1.1 (0.8)	153	1.1 (0.9)	0.05	0.95
	6 mdr.	281	1.0 (0.8)	144	0.9 (0.7)	-1.44	0.15
Angst	Baseline	387	5.7 (4.1)	202	5.4 (4.1)	-0.77	0.44
	2 mdr.	313	4.4 (3.3)	153	4.4 (3.6)	-0.09	0.92
	6 mdr.	281	3.9 (3.4)	144	3.4 (3.0)	-1.51	0.24
Depression	Baseline	387	8.6 (6.1)	202	8.0 (6.0)	-1.17	0.24
	2 mdr.	313	6.4 (5.0)	153	6.4 (5.8)	-0.11	0.91
	6 mdr.	281	5.7 (5.2)	144	5.2 (5.1)	-0.93	0.34
Mestring (self-efficacy)	Baseline	387	42.3 (8.4)	202	43.4 (9.0)	1.50	0.13
	2 mdr.	311	44.8 (7.9)	153	44.4 (9.6)	-0.44	0.64
	6 mdr.	280	45.0 (8.6)	144	46.5 (9.2)	1.59	0.11
Kognitive strategier	Baseline	387	1.8 (0.8)	202	2.0 (0.8)	1.38	0.17

	2 mdr.	311	2.1 (0.8)	153	2.0 (0.8)	-1.05	0.29
	6 mdr.	280	2.0 (0.9)	144	2.1 (0.9)	0.75	0.46
Sygdomsopfattelse	Baseline	387	46.4 (9.2)	202	45.2 (11.0)	0.03	0.98
	2 mdr.	319	41.7 (13.7)	154	41.6 (12.9)	1.07	0.28
	6 mdr.	285	39.9 (13.6)	146	38.6 (15.5)	-0.48	0.63
Selvurderet helbred	Baseline	387	1.8 (0.8)	202	2.0 (0.8)	-0.42	0.67
	2 mdr.	311	2.6 (1.0)	153	2.4 (1.1)	0.04	0.97
	6 mdr.	278	2.7 (1.0)	144	2.7 (1.1)	-0.06	0.95

Effekt på livskvalitet og trivsel

Der var ingen statistisk signifikant effekt af kurset på livskvalitet og trivsel målt ved WHO-5 på den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursusstart sammenlignet med kontrolgruppen (se tabel 6a.). Både kursus- og kontrolgruppe får det bedre over tid. Ser man på kursus- og kontrolgrupperne hver for sig, får deltagerne det statistisk signifikant bedre, og deltagerne i kursusgruppen får det bedre lidt hurtigere end kontrolgruppe deltagerne (t1-t2). Det udlignes inden den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursusstart, hvor begge grupper rapportere god effekt på livskvalitet og trivsel. Deltagere med manglende observationer indgår også i denne analyse som intention-to-treat, og derfor rapporteres den justerede forskel i den mixed model analyse².

Tabel 6a. Effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom på livskvalitet og trivsel (WHO-5)

Opfølgning	Kursus (N=387)		Kontrol (N=202)		Samlet (N=589)		Effektstørrelse Cohens D
	Forbedring (CI 95%)	p	Forbedring (CI 95%)	p	Forskel	P	
2 mdr.	9.65 (7.45 til 11.85)	0.00	6.95 (3.86 til 10.09)	0.00	2.68 (-1.14 til 6.49)	0.17	0.12
6 mdr.	11.57 (9.28 til 13.86)	0.00	11.81 (8.62 til 14.99)	0.00	-.24 (3.68 til 4.16)	0.12	0.01

Der var heller ikke nogen forskel i udviklingen over tid mellem de to grupper. Hvis man ser på midtvejsmålingen tid 2, umiddelbart efter kursets afslutning (post-intervention), så er der heller ingen statistisk signifikante forskel mellem deltagerne i kursusgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (p=0.17).

Effekt på psykisk belastning, angst og depression

Der var heller ingen effekt af kurset på psykisk belastning målt ved CMDQ-distress (Christensen et al., 2005) ved den afsluttende 6 mdrs. opfølgning (se tabel 6b). Faldet i psykisk belastning er det samme for begge grupper både ved midtvejsmålingen (t2) og den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursusstart. Dog er faldet statistisk signifikant for de to grupper hver især. Derfor er der stort set heller ingen forskelle i udviklingen over tid mellem kursus- og kontrolgruppe deltagerne.

Tabel 6b. Effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom på psykisk belastning (CMDQ-distress)

Opfølgning	Kursus (N=387)		Kontrol (N=202)		Samlet (N=589)		Effektstørrelse Cohens D
	Forbedring (CI 95%)	p	Forbedring (CI 95%)	p	Forskel	P	
2 mdr.	0.35 (0.27 til 0.43)	0.00	0.26 (0.15 til 0.37)	0.00	0.09 (-0.04 til 0.23)	0.18	0.10
6 mdr.	0.49 (0.41 til 0.57)	0.00	0.48 (0.37 til 0.59)	0.00	0.00 (-0.14 til 0.14)	0.96	0.00

Gældende for den overordnet effekt af kurset på symptomer på angst og depression var tendensen den sammen, som sås ved livskvalitet og trivsel samt psykisk belastning. Der var altså ingen effekt af kurset på angst og depressive symptomer (se tabel 6c). Igen ses et signifikant fald for både kursus- og kontrolgruppen i symptomer over tid, men ingen forskel de to grupper imellem, hverken post-intervention (t2) eller ved 6 mdrs. opfølgning (t3).

Tabel 6c. Effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom på angst og depressive symptomer (CMDQ-subskalaer)

² I de følgende resultater af effekten af Lær at tackle job og sygdom, rapporteres de justerede forskelle fundet i mixed model analyserne.

Opfølgning	Kursus (N=387)		Kontrol (N=202)		Samlet (N=589)		Effektstørrelse	
	Forbedring (CI 95%)	p	Forbedring (CI 95%)	p	Forskel	P	Cohens D	
<i>Angst</i>								
2 mdr.	1.25 (0.60 til 1.59)	0.00	1.09 (0.60 til 1.59)	0.00	0.15 (-0.46 til 0.75)	0.64	0.04	
6 mdr.	1.76 (1.39 til 2.13)	0.00	2.04 (1.54 til 2.56)	0.00	-0.29 (-0.91 til 0.34)	0.37	0.09	
<i>Depression</i>								
2 mdr.	2.13 (1.61 til 2.65)	0.00	1.53 (0.80 til 2.27)	0.00	0.59 (-0.29 til 1.49)	0.19	0.11	
6 mdr.	2.92 (2.38 til 3.45)	0.00	2.56 (1.81 til 3.31)	0.00	0.35 (-0.57 til 1.27)	0.45	0.07	

Effekt på mestring og sygdomsopfattelse

Evalueringens primære effektmål var livskvalitet og trivsel. Lær at tackle job og sygdom kursusforløbene bygger på social indlærings teori, hvor troen på at kunne mestre udfordringer i relation til sin sygdom og symptomer, samt øvelse af kognitive strategier i forhold til sygdomshåndtering er centrale temaer. Derfor synes det relevant også at evaluere graden af sygdomsrelateret self-efficacy, såvel som håndteringsstrategier i forhold til sygdom- og symptomhåndtering. Desuden blev oplevelsen af, i hvor høj grad sygdommen har indflydelse på ens liv, samt hvor tilfreds deltagerne er med deres helbred undersøgt. Ved den afsluttende 6 mdrs. opfølgning var der ingen statistisk signifikant effekt af kurset på deltageres oplevelse af sygdomsrelateret self-efficacy, eller tiltro til personligt at kunne kontrollere deres symptomer målt med UW-SES, når man sammenlignede deltagerne i kursusgruppen med deltagerne fra kontrolgruppen (se tabel 6d). Der kunne observeres en statistisk signifikant forskel ved midtvejsmålingen, således at deltagerne fra kursusgruppen havde en meget bedre oplevelse af sygdomsrelateret self-efficacy i forhold til kontroldeltagerne ($p=0.038$). Kursusdeltagerne steg således væsentligt, fra baseline til lige efter kurset blev afsluttet i tiltroen på personligt at kunne kontrollere deres symptomer. Til gengæld falder den tiltro med tiden indtil den afsluttende 6 mdr. opfølgning. Kontroldeltageres oplevelse af sygdomsrelateret self-efficacy stiger støt over tid, indtil midtvejsmålingen, hvorefter sygdomsrelateret self-efficacy stiger signifikant, og ved den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursusstart har kontroldeltagerne øget deres oplevelse af tiltro til, personligt at kunne kontrollere symptomer i lige så høj grad som kursusdeltagerne.

Tabel 6d. Effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom på sygdomsrelateret self-efficacy

Opfølgning	Kursus (N=387)		Kontrol (N=202)		Samlet (N=589)		Effektstørrelse	
	Forbedring (CI 95%)	p	Forbedring (CI 95%)	p	Forskel	P	Cohens D	
2 mdr.	-1.43 (-1.94 til -0.92)	0.00	0.49 (0.23 til 1.21)	0.18	-0.93 (-1.82 til -0.05)	0.04	0.11	
6 mdr.	-1.51 (-0.98 til -2.04)	0.00	-1.69 (-0.94 til -2.43)	0.00	0.18 (1.09 til 0.73)	0.70	0.02	

At opleve mestring i forhold til sin sygdom og sygdomssymptomer kræver både sygdomsrelateret self-efficacy, det vil sige tiltro til, at man personligt kan kontrollere sine symptomer, men det kræver også, at man kan anvende kognitive strategier, når ubehaget eller symptomer fra sygdommen opstår. Det samme mønster viser sig ved adfærdsmæssig håndtering af ubehagelige symptomer (f.eks. nedtrykthed, smerte og uro) i effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom som ved sygdomsrelateret self-efficacy. Således er der ikke statistisk signifikant forskel mellem henholdsvis deltagerne i kursus- og kontrolgruppen ved den afsluttende 6 mdrs. opfølgning (se tabel 10). Kursusdeltagerne øger deres evne til at håndtere symptomer undervejs i kursusforløbet i højere grad end deltagerne i kontrolgruppen, men ved den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursusstart er forskellen observeret midtvejs udlignet (se tabel 6e).

Tabel 6e. Effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom på kognitive strategier til sygdomshåndtering

Opfølgning	Kursus (N=387)		Kontrol (N=202)		Samlet (N=589)		Effektstørrelse	
	Forbedring (CI 95%)	p	Forbedring (CI 95%)	p	Forskel	P	Cohens D	
2 mdr.	-0.66 (-0.74 til -0.57)	0.00	-0.48 (-0.60 til -0.36)	0.00	-0.17 (-0.02 til -0.32)	0.02	0.21	

6 mdr.	-0.59 (-0.68 til -0.50)	0.00	-0.55 (-0.67 til -0.43)	0.00	-0.04 (-0.19 til 0.11)	0.58	0.20
--------	-------------------------	-------------	-------------------------	-------------	------------------------	------	------

Oplevelsen af at sygdommen har stor indflydelse på éns liv kan også have betydning for evnen til mestring. Sygdommen eller sygdomssymptomerne kan opleves som en trussel i forhold til det liv og den måde, man gerne vil leve på. Igen er der statistisk signifikant forbedring over tid, og det gælder både for deltagere i kursus- og kontrolgruppen, så oplevelsen af sygdom som trussel reduceres over tid, også fra midtvejs evalueringen og til den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursusstart. Ser man på forskellen mellem de to grupper, er der ingen statistiske forskelle over tid og mellem grupperne (se tabel 6f).

Tabel 6f. Effekten af kurset Lær at tackle job og sygdom på sygdomsopfattelse

Opfølgning	Kursus (N=387)		Kontrol (N=202)		Samlet (N=589)		Effektstørrelse	
	Forbedring (CI 95%)	p	Forbedring (CI 95%)	p	Forskel	P	Cohens D	
2 mdr.	5.24 (3.93 til 6.54)	0.00	3.90 (2.04 til 5.75)	0.00	1.34 (-0.93 til 3.60)	0.25	0.10	
6 mdr.	6.98 (5.62 til 8.34)	0.00	7.77 (5.87 til 9.66)	0.00	-0.78 (-3.11 til 1.54)	0.51	0.05	

Effektforskelle i forskellige grupper af deltagere

Andre faktorer end symptomniveau kan potentielt tænkes at have indflydelse på deltageres udbytte af kurset. I det følgende præsenteres moderationsanalyser af, hvorvidt køn, beskæftigelse på sygemeldingstidspunktet, om det er psykisk eller fysisk sygdom der er årsag til sygemeldingen, tidligere sygemeldingsperioder eller mulig depression eller angstlidelse havde betydning for den effekt, som kurset har haft på det primære effektmål ved den sidste 6-mdr. opfølgning.

Ingen af de testede moderationsvariable udviste nogen effekt i forhold til livskvalitet og trivsel. Det ser ikke ud til, dét at være lønmodtager har betydning for effekten af kurset. Det så hellere ikke ud til, at deltagere som havde en mulig klinisk depression eller mulig angstlidelse profiterede mere af kurset end andre. Til gengæld viser moderationsanalyserne, at de deltagere som ikke er sygemeldt fra job eller er selvstændige, men sygemeldt fra fleksjob, arbejde med løntilskud eller er arbejdsløse profiterede mere af kurset.

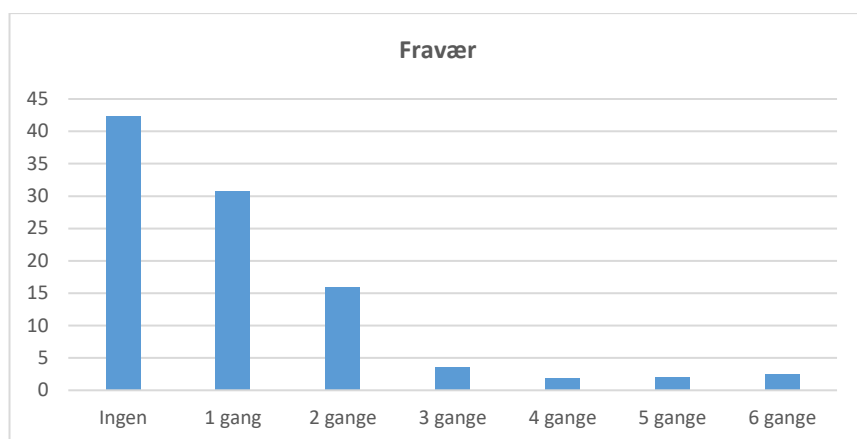
Vi gennemførte en række eksplorative subgruppeanalyser blandt de undersøgelsesdeltagere, som før randomiseringen havde rapporteret en lav grad af arbejdsrelateret self-efficacy (N=144 (24.4 %); cut-off: UW-SES<=7). Endvidere testede vi for en evt. moderationseffekt af høj vs. lav self-efficacy blandt alle undersøgelsesdeltagerne. Vi fandt ingen statistisk signifikante forskelle mellem kursus- og kontrolgruppedeltagere med en indledningsvis lav self-efficacy for hverken WHO's 'livskvalitet og trivsel' (p<0.12), CMDQ's 'depression' (p<0.95), 'distress' (p<0.63) og 'angst' (p<0.51), eller BIPQ's sygdomsopfattelse (p<0.23) og CDSMP's 'kognitive strategier' (p<0.45). Vi kunne i de supplerende moderationsanalyser heller ikke påvise nogen forskel i kursets effekt på de undersøgte effektmål, afhængigt af om undersøgelsesdeltagere indledningsvis havde lav eller høj self-efficacy.

Deltageres evaluering af kurset

Kursusdeltagelse

Ved midtvejsevalueringen, som blev foretaget kort tid efter kurset var afsluttet, blev der stillet en række spørgsmål vedrørende kursusforløbet. 283 ud af de 387 (73 %), som var blevet tildelt en kursusplads, besvarede spørgsmålene vedrørende kurset. Årsager til at 104 deltagere ikke har besvaret spørgsmål vedrørende kursusdeltagelse var: at deltageren slet ikke mødte op til kurset (8 %), delvis manglende besvarelse (7 %), såsom uafsluttede besvarelser eller fuldstændig manglende besvarelse af spørgeskemaet (12 %). Det gennemsnitlige fravær var 1,3 ud af 6 fremmødegange, og 10 % havde været fraværende mere end 2 fremmøde gange.

Figur 5. Antal fravær på kurset Lær at tackle job og sygdom



Instruktørernes betydning

Kursisterne blev bedt om at evaluere på oplevelsen af kurset og gruppen, instruktørernes betydning for deltageren og generel tilfredshed med kurset. Kursusdeltagerne var gennemgående tilfredse med instruktørerne, og den samlede gennemsnitlige oplevelse af instruktørerne er vurderet til 4.3 (SD 0.8)³, hvilket svarer til enighed om en positiv opfattelse af instruktørerne ("En hel del"). Fire ud af fem deltagere, fandt at instruktørerne havde formidlet stoffet på en pædagogisk og forståelig måde, og kun 5 % var kun en smule eller slet ikke enige i, at dette var tilfældet. Størstedelen af deltagerne (85 %) fandt også, at det var en fordel, at instruktørerne selv havde erfaring med langvarig sygdom, og igen var det kun 5 %, der var uenige i dette udsagn. I alt 82 % var i høj grad eller en hel del enige i, at instruktørerne var dygtige og velforberejede, og knap 4 % erklærede sig en smule uenig heri, og kun en enkelt deltager var slet ikke enig (se tabel 8a).

Tabel 8a. Oplevelsen af instruktørerne – generelt

Udsagn	I høj grad N (%)	En hel del N (%)	I nogen grad N (%)	En smule N (%)	Slet ikke N (%)
"Instruktørerne har formået at formidle stoffet på en pædagogisk og forståelig måde"	133 (49.8)	86 (32.2)	35 (13.1)	10 (3.7)	3 (1.1)
"Det var en fordel, at instruktørerne på kurset selv havde erfaring med langvarigt sygdom"	156 (58.4)	70 (26.2)	28 (10.5)	7 (2.6)	6 (2.2)
"Instruktørerne var dygtige og velforberejede"	152 (56.9)	70 (26.2)	35 (13.1)	9 (3.4)	1 (0.4)

Samtidigt blev kursisterne spurgt ind til instruktørernes formåen i at kunne forholde sig til den enkelte kursists behov og situation. Det gennemsnitlige svar på hele skalaen om oplevelse med instruktørerne i forhold til personlige forhold var 5.7 (SD 1.3)⁴, hvilket svarer til, at der var enighed om, at instruktørerne var rimelige til rigtig gode til at kunne forholde sig til den enkelte deltager. Især er der generel enighed om, at instruktørerne i høj grad har været i stand til at forstå deltagerens situation, vist tillid til deltageren og opfordret til undren samt forstået deltageren førend de præsenterede nye ideer. Hvorimod instruktørerne i mindre grad har givet deltagerne flere muligheder at vælge imellem, og lyttet til hvordan deltagerne kunne tænke sig at gøre tingene. Mindre end 5 % rapporterede, at instruktørerne ikke var i stand til at imødekomme kursistens behov (se tabel 8b).

Tabel 8b. Oplevelsen af instruktørerne – personligt

Udsagn	Helt rigtigt N (%)	N (%)	N (%)	Nogen- lunde rigtigt	N (%)	N (%)	Helt forkert N (%)

³ Der blev beregnet en samlet score for de tre spørgsmål som udgør generel tilfredshed med instruktørerne, hvor en høj score er udtryk for høj grad af generel tilfredshed med instruktørerne.

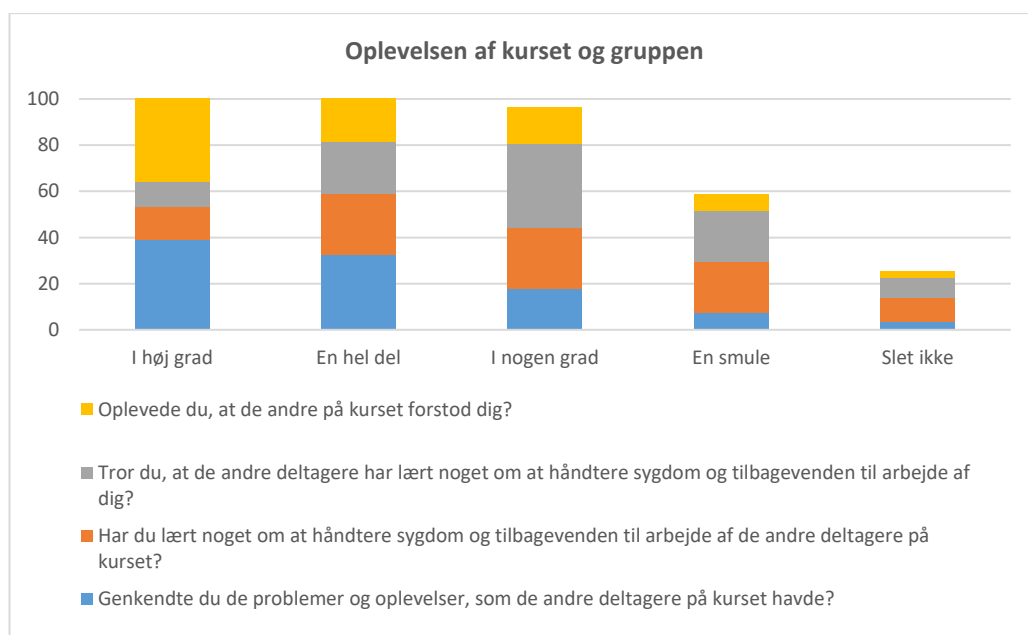
⁴ Igen, blev der beregnet en samlet score for oplevelsen af instruktørernes betydning for den enkelte deltager, hvor en høj score er udtryk for høj grad af enighed i at instruktørerne har kunnet forholde sig til den enkelte kursist.

				N (%)			
"Jeg synes, at mine instruktører har givet mig flere muligheder at vælge imellem"	72 (27.0)	58 (21.7)	31 (11.6)	73 (27.3)	14 (5.2)	13 (4.9)	6 (2.2)
"Jeg føler, at mine instruktører har forstået mig og min nuværende situation"	131 (49.2)	51 (19.2)	29 (10.9)	36 (13.3)	9 (3.4)	8 (3.0)	2 (0.8)
"Mine Instruktører har vist tillid til, at jeg kan gennemføre de ændringer, der skal til"	125 (46.8)	54 (20.2)	28 (10.5)	42 (15.7)	9 (3.4)	6 (2.2)	3 (1.1)
"Mine instruktører har opfordret mig til at stille spørgsmål"	123 (46.2)	51 (19.2)	29 (10.9)	41 (15.4)	12 (4.5)	3 (1.1)	7 (2.6)
"Mine instruktører har lyttet til, hvordan jeg gerne ville gøre tingene"	132 (22.4)	57 (21.3)	31 (11.6)	34 (12.7)	5 (1.9)	6 (2.2)	2 (0.7)
"Mine instruktører har forsøgt at forstå, hvordan jeg ser på sagen, før de har foreslået noget nyt"	118 (44.2)	60 (22.5)	31 (11.6)	40 (15.0)	8 (3.0)	6 (2.2)	4 (1.5)

Oplevelsen af kurset og gruppen

Udover spørgsmål vedrørende instruktørerne, besvarede kursisterne også spørgsmål i relation til kursets indhold og andre kursister. Det vil sige en evaluering af mulige virkningsmekanismer i kurset som f.eks. håndtering af sygdom og tilbagevenden til arbejde og social støtte. Det gennemsnitlige svar på evalueringsspørgsmål vedrørende oplevelsen af kurset og gruppen er 3.6 (SD 0.8)⁵, hvilket svarer til, at kursisterne gennemsnitligt erklærede, at de tilstræbte potentielle virkningsmekanismer overvejende har været tilstede. Ser man på det enkelte udsagn, viste det sig, at flertallet (71 %) kunne genkende deres medkursisters problemer og oplevelser i høj grad eller en hel del, mens 11 % kun kunne genkende de andres problemer og oplevelser en smule eller slet ikke. Knap halvdelen af kursisterne (41 %) lærte noget om at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde fra deres medkursister, hvor en tredjedel mente, at de kun en smule eller slet ikke havde lært noget om at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde fra de andre kursister. Ligeså troede kun en tredjedel (32 %), at de andre kursister havde lært noget om at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde af dem selv. Til gengæld oplevede en stor andel af kursisterne (78 %) sig forstået af de andre deltagere, og under 1 % følte sig slet ikke forstået af de andre medkursister (se figur 6 og tabel 9).

Figur 6. Oplevelsen af kurset og gruppen



⁵ Også her blev der beregnet en samlet score, hvor en høj score er udtryk for en høj rapportering af forventede mekanismer på kurset.

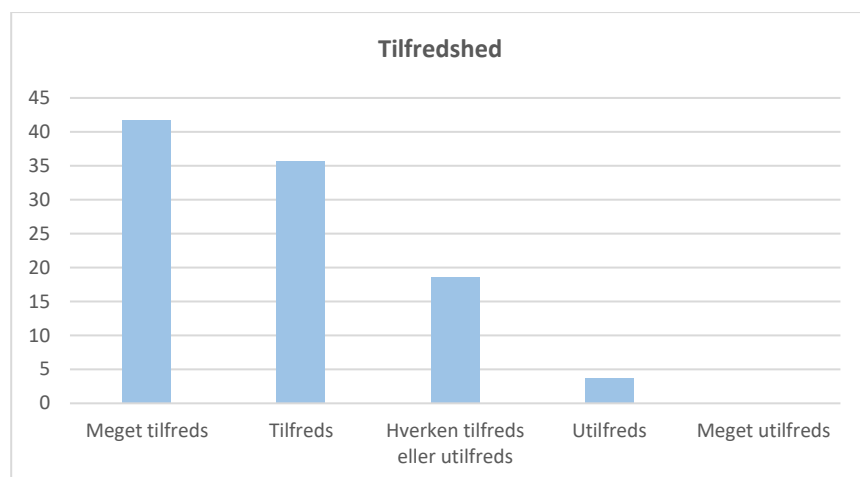
Tabel 9. Oplevelsen af kurset og gruppen

Udsagn	I høj grad N (%)	En hel del N (%)	I nogen grad N (%)	En smule N (%)	Slet ikke N (%)
"Genkendte du de problemer og oplevelser, som de andre deltagere på kurset havde"	104 (39.1)	86 (32.3)	47 (17.7)	20 (7.5)	9 (3.4)
"Har du lært noget om at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde af de andre deltagere på kurset"	38 (14.3)	71 (26.8)	70 (26.4)	58 (21.9)	28 (10.6)
"Tror du, at de andre deltagere har lært noget om at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde af dig"	29 (10.9)	59 (22.2)	97 (36.5)	59 (22.2)	22 (8.3)
"Oplevede du, at de andre på kurset forstod dig"	106 (39.8)	101 (38.0)	44 (16.5)	13 (4.9)	2 (0.8)
"Vil du anbefale andre, der er langvarigt sygemeldte, at komme på kurset <i>Lær at tackle job og sygdom</i> "	140 (52.6)	57 (21.4)	42 (15.8)	19 (7.1)	8 (3.0)

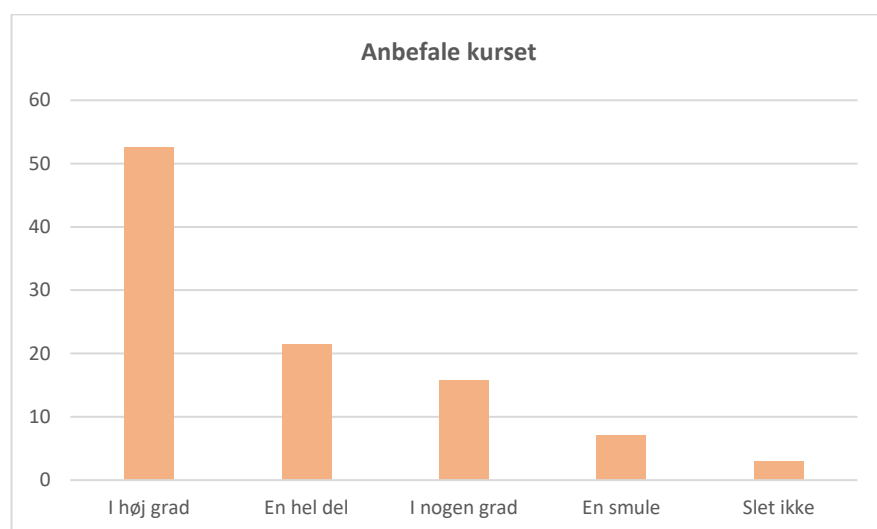
Tilfredshed med kurset og motivation

Størstedelen af kursisterne var tilfredse eller meget tilfredse med kurset samlet set og vil anbefale det til andre borgere, som er langvarigt sygemeldte. Derfor er det heller ingen overraskelse, at der er stærk statistisk sammenhæng mellem de to evalueringer af kurset ($r=0.75$, $p<0.001$). Da vi undersøgte, om der var forskel på mænd og kvinder, var der ingen statistiske forskelle, altså er kvinder og mænd samlet set lige tilfredse med kurset og lige tilbøjelige til at anbefale andre kurset. I figur 7a og 7b illustreres variation i tilfredshed med kurset samlet set samt graden i at anbefale kurset til andre, der er langvarigt sygemeldte.

Figur 7a. General evaluering af kurset - tilfredshed



Figur 7b. General evaluering af kurset – anbefaling



I forhold til at deltage aktivt på kurset og arbejde med sygdom og tilbagevenden til arbejde indikerer 75 % af kursisterne at de i meget høj grad eller høj grad havde følt sig motiveret, og meget få deltagere havde slet ikke følt sig motiveret (1.5 %). Cirka 56.5 % angav endvidere, at kurset passede til deres behov, mens 32 % rapporterede, at kurset kun i nogen grad passede til deres behov. Til trods for at 11.5 % erklærede, at kurset slet ikke passede til deres behov, mente kun 6.7 %, at de slet ikke havde fået udbytte af kurset. Cirka halvdelen af kursisterne havde i høj eller meget høj grad fået udbytte af kurset (57 %), og en tredjedel havde i nogen grad oplevet kurset som udbytterigt (se tabel 10). Desuden er den oplevelse af motivation og udbytte gennemsnitligt 2.7 (SD 0.7)⁶, hvilket svarer til, at kursisterne i høj grad føler sig motiveret og oplever et udbytte af kurset.

⁶ Der blev beregnet en samlet score for deltagernes oplevelse af motivation og udbytte af kurset, hvor høj score er udtryk for høj grad af enighed i at deltagere har følt sig motiveret og at kurset passede til deres behov.

Tabel 10. Motivation og udbytte

Udsagn	I meget høj grad N (%)	I høj grad	I nogen grad N (%)	Slet ikke N (%)
"Har du været motiveret for at arbejde med din sygdom og tilbagevenden til arbejde"	87 (32.6)	118 (44.2)	58 (21.7)	4 (1.5)
"Vurderer du, at kurset passede til dine behov"	87 (32.6)	86 (32.2)	99 (37.1)	35 (13.1)
"Har du fået udbytte af kurset"	65 (24.3)	89 (33.3)	95 (35.6)	18 (6.7)

Der er ingen sammenhæng mellem deltagernes indledende symptomniveau (WHO-5) målt ved baseline og evalueringen af instruktører – generelt ($r=0.03$, $p=0.61$), instruktører – personligt ($r=0.08$, $p=0.16$), kurset ($r=0.02$, $p=0.70$), motivation og udbytte ($r=0.07$, $p=0.23$), generel tilfredshed ($r=0.00$, $p=0.99$) og anbefaling af kurset ($r=0.04$, $p=0.49$).

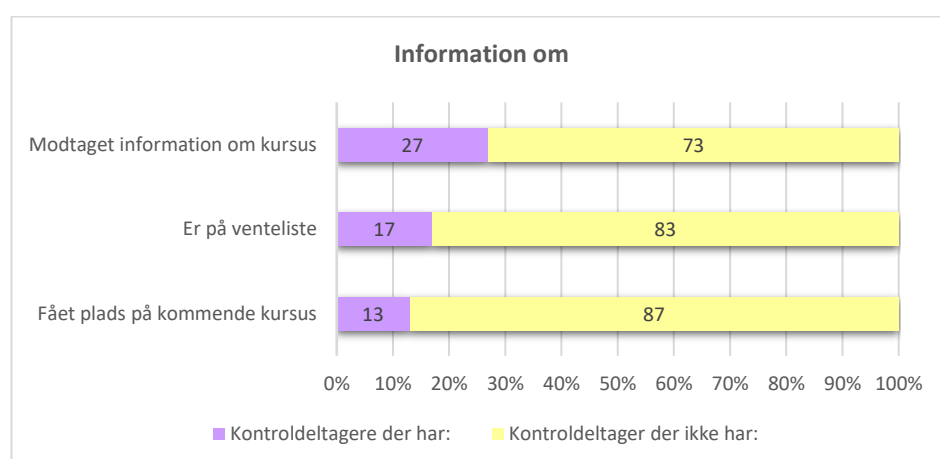
Evaluering af deltagere i kontrolgruppen

Ved det sidste afsluttende opfølgningsskema 6 mdr. efter kursusstart besvarede deltagerne i kontrolgruppen spørgsmål om deltagelse i *Lær at tackle job og sygdom*, såvel som andre *Lær at tackle* kurser, udover de vanlige spørgsmål vedrørende helbred, medicin og kontakt til sundhedsvæsenet, ændringer i effektmål og tilbagevenden til arbejde.

Her undersøgte vi, om deltagere, der var tildelt en plads i kontrolgruppen, havde været på et vilkårligt *Lær at tackle* eller *Lær at leve* med kursus nogensinde (*Lær at tackle/Lær at leve med: kronisk sygdom; kroniske smerter; angst og depression; job og sygdom*). Hvor henholdsvis 5 kontroldeltagere angiver at have deltaget i *Lær at leve med kronisk sygdom*, 18 kontroldeltagere angiver at have deltaget i *Lær at leve med kronisk smerte*, 12 kontroldeltagere angiver at have deltaget i *Lær at tackle angst og depression*. Det vil sige, at 35 ud af 202 i kontrolgruppen (17 %) allerede har modtaget undervisning i sygdomshåndtering ud fra de samme principper og med betydeligt indholdsmæssigt overlap til det kursus, kursusgruppen har modtaget. Heraf angav 11 kontroldeltagere at have deltaget i et *Lær at tackle/Lær at leve* med kursus inden for de sidste 6 måneder.

Herudover havde nogle af deltagerne i kontrolgruppen fået besked om et kommende *Lær at tackle job og sygdom* kursus, var allerede på venteliste eller var lovet en plads (se figur 8).

Figur 8. Fordelingen af kontroldeltagere der ved besked om et kommende kursus, var på venteliste eller lovet en plads



Diskussion

I denne randomiserede kontrollerede (RCT) undersøgelse af kurset *Lær at tackle job og sygdom* blev der i alt inkluderet 589 borgere fordelt på 44 hold i 27 kommuner. Data er analyseret som "intention-to-treat". Det vil sige, at deltagerne i f.eks. kursusgruppen tæller med i resultatet, uanset hvor mange gange de deltog på kurset, ligesom dette også er tilfældet for de enkelte kontrolgruppedeltagere, som kom på kurset ved en fejl. Deltagerne blev ikke rekrutteret til et kursus, men en videnskabelig undersøgelse, og der var en forholdsvis høj deltagelsesprocent både i kontrol- og kursusgruppen på henholdsvis 71 % og 72 % ved den afsluttende opfølgning 6 mdr. efter kursets start. Derudover er der ikke noget, der tyder på et selektivt frafald i nogen af de to grupper, dog ses en tendens til, at der procentvis falder flere mænd fra i kontrolgruppen. Det vil sige, flere mænd fra kontrolgruppen vælger ikke at besvare det sidste spørgeskema. Deltagere fra kursusgruppen adskilte sig ikke sammenlignet med deltagerne fra kontrolgruppen på karakteristika målt ved baseline, og randomiseringen må således anses for at have været succesfuld.

Når man ser på gruppen som helhed, var den præget af variation over flere parametre såsom f.eks. alder, uddannelse og branche. De yngste deltagere var i starten af 20'erne og den ældste deltager 72 år gammel, da de tilmeldte sig kurset *Lær at tackle job og sygdom*. Desuden bestod gruppen af væsentligt flere kvinder end mænd, så for hver mand var der tre kvinder (3:1). Der er en stærk repræsentation af deltagere med en kort mellemlang uddannelse, og generelt er uddannelsesniveaet højt, sammenlignet med den almene befolkningsgruppe. Et mønster der også ses i tidligere *Lær at tackle* kohorter f.eks. *Lær at tackle kroniske smerter* (Mehlsen et al., 2014). I forhold til hele gruppen af deltagere er der en markant overvægt af deltagere, hvis seneste branche var den offentlige service sektor. Mange af borgerne havde tidligere være sygemeldt i perioder på over 4 uger, og således er det en gruppe af borgere, som er præget af forskelligartede sygdomssymptomer. Mange rapporterede ringe søvnkvalitet, meget træthed og mange smerter. Tillige er deres livskvalitet og trivsel lav, og 41 % viser tegn på mulig klinisk depression og yderligere 33 % svingende livskvalitet og trivsel (WHO-5) (Bech et al., 2003). Som nævnt blev der trods den store variation mellem deltagerne skabt en ligelig fordeling af forskellige typer af borgere i kursus- og kontrolgruppen, og resultaterne af evalueringen blev da heller ikke påvirket af, om der statistisk blev kontrolleret for alder, køn, uddannelseslængde, branche eller jobfunktion. Deltagernes evaluering af kurset tydede heller ikke på, at nogle grupper syntes bedre om kurset end andre.

Kursets effekt

Formålet med evalueringen var at vurdere effekten af kurset på områderne: Livskvalitet og trivsel, dernæst om det havde effekt på psykisk belastning, sygdomsopfattelse og mestring. Derfor forventedes, at kurset har en effekt på deltagerne i form af lavere grad af følelsesmæssig og fysiske symptomer og oplevelse af en personlig udvikling i forbindelse med håndtering af sygdom og tilbagevenden til arbejde. Da livskvalitet og trivsel i forbindelse med håndtering af sygdom i høj grad er afgørende for motivationen for at vende tilbage til arbejdet.

Den foreliggende randomiserede undersøgelse viste ingen effekt af kurset *Lær at tackle job og sygdom* på effektmålene ved det primære opfølgningstidspunkt 6 måneder efter kursets start. I det pågældende sample ville vi med 80 % sikkerhed kunne have identificeret en effektstørrelse på 0.24 (to-sidet alpha 0.05) med 387 i kursusgruppen og 202 i kontrolgruppen.

Det var heller ikke sådan, at nogle typer deltagere havde effekt af kurset. Mulige grupperinger af borgerne (moderationsanalyserne) havde heller ingen indflydelse på effekten af kurset på sidste opfølgningstidspunkt.

Ser man nærmere på resultaterne, var der statistiske signifikante effekter af kurset på 'sygdoms-relateret self-efficacy' og 'kognitive strategier' lige efter kursets afslutning. I forhold til kontrolgruppen angiver kursisterne øget grad af tiltro til at kunne håndtere sine sygdomssymptomer, samt øget brug af adfærdsmæssige strategier til håndtering af ubehag forbundet med sygdom og symptomer. Dette er særligt interessant, da patientuddannelsen netop er baseret på psykoedukation og øvelser i self-efficacy og konkrete tiltag, der kan forbedre mestring af sygdom og symptomer, og kurset i udgangspunktet så formår at formidle de centrale temaer til deltagerne. Kurset har dermed haft en umiddelbar effekt på én ud af de fire undersøgte domæner: *livskvalitet og trivsel, psykisk belastning, mestring og sygdomsopfattelse*. Dog forsvinder effekten over tid sammenlignet med kontrolgruppen.

Samlet set får deltagerne i kursusgruppen det bedre og ikke værre over tid, men sammenlignes de med deltagerne i kontrolgruppen, som modtager "treatment as usual", er der altså ingen forskel på det sidste opfølgningstidspunkt. Fundene i denne danske evaluering svarer til fundet i et andet dansk "Tilbage til arbejde studie", hvor indsatsen også er mestringsbaseret (Pedersen et al., 2015). Til gengæld finder andre studier, der afprøver denne type patientuddannelse, en række positive effekter af indsatsen med effektstørrelser mellem Cohen's d 0.40-0.95 (LeFort, 1998). Dog er der her tale om specifikke sundhedspopulationer, hvor der ikke er fokus på tilbage til arbejde delen, men primært fokus på mestring af sygdom (Lorig et al., 1989).

I to nylige større randomiserede danske evalueringer af Lær at tackle-kurser fandtes små til middelstore effekter af kurserne på især trivsel og psykisk velbefindende. I evalueringen af patientuddannelsen *Lær at tackle kroniske smerte* fandt man ved tre måneders opfølgning ingen signifikant effekt af kurset på de primære outcomes, men kurset havde en positiv effekt på psykisk belastning og sygdomsbekymring (Mehlsen, 2014). Mens man i en evaluering af kurset *Lær at tackle angst og depression* fandt middelstore effekter på både primære mål og en række andre mål (Christensen et al. 2016). I betragtning af at deltagerne i Lær at tackle job og sygdom i vid udstrækning var psykisk belastede (74 % havde symptomer på klinisk depression), og flere havde stærke smerter (1/3), kunne man have forestillet sig, at de på samme vis havde haft udbytte af dette kursus. Dette var imidlertid ikke tilfældet. Noget tyder altså på, at kurset Lær at tackle job og sygdom ikke på samme vis hjælper kursisterne til at opnå en større trivsel. Det kunne skyldes, at væsentlige indholdselementer og målgruppen i dette kursus var anderledes i forhold til de øvrige versioner af kurset. F.eks. har de tidligere kurser udelukkende fokus på sygdomsmestring, hvorimod *Lær at tackle job og sygdom* har fokus på både sygdomsmestring og mestring af beskæftigelse, uden at kurset forlænges. Derudover kan det antages at borgere med langvarigt sygefravær er 'dobbelt' belastede, da de både skal håndtere sygdom såvel som tilbagevenden til arbejde.

Metodiske begrænsninger

Som nævnt så fungere kontrolgruppen som "treatment as usual". Deltagere i kontrolgruppen var dermed ikke udelukket andre behandlingstilbud rette mod mestring af sygdom og/eller tilbagevenden til arbejde. Altså sammenlignes *Lær at tackle job og sygdom* med de andre tilbud, borgerne modtager/henvises til, når de er langvarigt sygemeldte. Det viste sig, at minimum 11 deltagere i kontrolgruppen havde deltaget i et *Lær at tackle* kursus i den periode evalueringen varede, og 35 deltagere i kontrolgruppen på ét eller andet tidspunkt forud for den sidste opfølgende evaluering havde deltaget i et *Lær at tackle/Lær at leve med* kursus. Kontrolgruppens bedring over tid kan altså skyldes, at de muligvis har deltaget i andre behandlingstilbud. Samtidigt kan forventningen om at komme på kursus, når evalueringsperioden er overstået, resultere i en forventningseffekt på opfølgningstidspunktet i kontrolgruppen. 27 % havde modtaget information om kurset, 17 % var på venteliste og 13 % havde fået plads på et kommende *Lær at tackle job og sygdom* kursus, og derfor kunne denne forventningseffekt have påvirket kontrolgruppens besvarelse ved opfølgningen 6 måneder efter kursusstart.

Det må desuden overvejes, om tidspunktet for kurset kan have haft betydning for, om der kunne måles en effekt for borgere, der har langvarigt sygefravær. F.eks. er borgeren parat til at arbejde med at vende tilbage til arbejde 16 til 20 uger efter sygemeldingen, hvis borgeren stadigvæk er i gang med et (kompliceret) udredningsforløb? Eller er i gang med et behandlingsforløb i sundhedsvæsenet? Derudover fik deltagerne (kursusdeltager og kontrol henholdsvis) besked om, hvorvidt de skulle på kursus kort tid efter besvarelse af spørgeskema 1 og allokering, og det kan have haft den effekt at kursusdeltagerne ikke foretog sig noget, idet de afventede kursusforløbet. Dermed kunne kursusdeltagerne være influeret af *forventningsbias*, hvilket kan have påvirket deres trivsel allerede før kurset startede. Kontroldelegerne kunne have reageret med skuffelse (de sagde jo ja til deltagelse, inden de blev allokeret), og det kan have resulteret i ringere trivsel. Altså kan livskvalitet og de andre psykosociale mål allerede være påvirket *inden* kursusstart. Samtidig kunne den hurtige tilbagemelding have den betydning, at kursusdeltagerne ikke gjorde en aktiv indsats for at vende tilbage til arbejde, hvorimod kontroldelegerne muligvis allerede dér påbegyndte processen vedrørende tilbagevenden til arbejde.

Undersøgelsen er således behæftet med nogle metodemæssige problemer, men om dette kan være årsag til det negative resultat er ikke muligt at afgøre.

Deltagerevaluering

Der var generelt set et godt fremmøde, og kursisterne var hovedsageligt tilfredse eller meget tilfredse med kurset, og der var ingen, som var meget utilfredse med kurset. De fleste vil derfor også gerne anbefale kurset til andre, som er i en lignende situation som dem selv. Der var generel tilfredshed med instruktørerne, og især var der enighed om, det var en fordel, at instruktørerne selv havde erfaringer med langvarige sygdomsmeldinger. Det var dog påfaldende, at der var betydeligt færre deltagere, der beskrev kursets potentielle virkningsmekanismer i form af tilegnelse af nye måder at håndtere sygdom og tilbagevenden til arbejde. Det skal her nævnes, at selvom *Lær at tackle job og sygdom* er rettet mod langvarigt sygemeldte borgere, og en del af indsatsen er fokuseret mod at vende tilbage til arbejde, så er der i denne evaluering ingen data, om deltagerne kom i arbejde, ej heller viden relateret til konkrete arbejdsforhold. Men selvom der er generel tilfredshed med kurset, og de fleste kursister vil anbefale det til andre patienter, bør det bemærkes, at der ingen positive effekter kan registreres ved den afsluttende opfølgning. De to statistiske signifikante forskelle på sygdomsrelateret self-efficacy og kognitive strategier ved midtvejsmålingen er små og er næppe udtryk for klinisk betydningsfulde ændringer i kursisternes tilstand.

Konklusion

Kurset *Lær at tackle job og sygdom* er et kortvarigt patientuddannelsesforløb, som henvender sig til voksne, der har en langvarig sygdomsmelding med forskellig baggrund. Kurset er ledet af frivillige instruktører, der selv har erfaring med langvarig sygdomsmelding og tilbagevenden til arbejde. Det er billigt og stiller ikke store krav til de kommunale arrangører. Det er et manualiseret program, som kræver 4 dages optræning og opfølgning.

Deltagelse i *Lær at tackle job og sygdom* har ingen effekt på kursisternes livskvalitet. Selvom der umiddelbart efter kursets afslutning er en effekt på self-efficacy, dvs. troen på at kunne mestre sygdom og symptomer, så er de ikke vedvarende, og derfor konkluderes det også, at der ingen effekt er af *Lær at tackle job og sygdom* kurset på de effektmål, der er udvalgt i denne evaluering. Der er nogle metodemæssige begrænsninger i denne undersøgelse, men det kan ikke slutes, at de alene er årsag til resultatet.

I betragtning af tidligere fundne positive effekter af de andre *Lær at tackle* kurser med deltagergrupper med tilsvarende problemstillinger, og at kursisterne i den kvalitative evaluering kun i begrænset udstrækning peger på udbytte af de redskaber, som anses for kursets potentielle virkningsmekanismer, kan man overveje om den nuværende version af kurset kan optimeres.

Resultaterne af denne delrapport skal læses i sammenhæng med evalueringen af effekten på beskæftigelsesmål. Her fandt man ingen overordnet effekt af kurset på beskæftigelse, men resultaterne kan muligvis indikere, at en revision af kursets visitation og målgruppe kan føre til en positiv effekt på tilbagevenden til arbejde.

Referenceliste

- Amtmann, D., Bamer, A. M., Cook, K. F., Askew, R. L., Noonan, V. K., & Brockway, J. A. (2012). University of Washington Self-Efficacy Scale: A New Self-Efficacy Scale for People With Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(10), 1757–1765. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.001>
- 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>
- Borg, V., Nexø, M.A., Kolte, I. V., & Andersen, M. F. (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. København: NFA - Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- 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>
- Bultmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*, 19(1), 81–93. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9162-7>
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 32(8), 607–21. <https://doi.org/10.3109/09638280903186301>
- Christensen, K. S., Fink, P., Toft, T., Frostholt, L., Ornbøl, E., & Olesen, F. (2005). A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Family Practice*, 22(4), 448–457. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi025>
- Danmarks statistik. (2016). Dagpenge ved sygdom; efter 30 dage.
- Hoefsmits, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. N. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 462–77. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9359-z>
- Høgelund, J., Boll, J., Skou, M., & Jensen, S. (2008). *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven. Rapport 08:07*. København: NFA - Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Høgelund, J. (2012). Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte - En litteraturoversigt.
- Jensen, C., Jensen, O. K., Christiansen, D. H., & Nielsen, C. V. (2011). One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain. *Spine*, 36(15), 1180–1189. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181eba711>
- LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M., & Jeans, M. E. (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 74(2–3), 297–306.
- 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>
- Lorig, K., Stewart, A., Gonzales, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome measures for health education and other health care interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Marks, R., Allegrante, J. P., & Lorig, K. (2005a). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part I). *Health Promotion Practice*, 6(1), 37–43. <https://doi.org/10.1177/1524839904266790>
- Marks, R., Allegrante, J. P., & Lorig, K. (2005b). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part II). *Health Promotion Practice*, 6(2), 148–156. <https://doi.org/10.1177/1524839904266792>
- Mortensen, OS., Andersen, JH., Ektor-Andersen, J., Eriksen, HR., Fallentin, N., Frost, P. og Zebis, M. (2008). *Hvidbog om*

sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muske- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder. København: NFA - Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

- Nielsen, M. B. D., Vinsløv Hansen, J., Aust, B., Tverborgvik, T., Thomsen, B. L., Bue Bjorner, J., ... Melchior Poulsen, O. (2014). A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme. *The European Journal of Public Health*, 25(1), 96–102. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku016>
- 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>
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- 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>
- Pedersen, P., Sogaard, H. J., Labriola, M., Nohr, E. A., & Jensen, C. (2015). Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 15, 763. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2087-5>
- Ritter, P. L., Lee, J., & Lorig, K. (2011). Moderators of chronic disease self-management programs: who benefits? *Chronic Illness*, 7(2), 162–172. <https://doi.org/10.1177/1742395311399127>
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., de Boer, W. E. L., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H., & Kunz, R. (2012). Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*, 7(11), e49760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049760>
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R.L., Schonstein, E., Loisel, P., & Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. In J. R. Anema (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD006955). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub2>

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Redskab til inklusion

Bilag 2: Opslag

Bilag 3: Guide og tjekliste til koordinator

Bilag 4: Guide til mundtlig information

Bilag 5: Deltagerinformation

Bilag 6: Stamkort og samtykke erklæring

Bilag 1. Redskab til inklusion



Lær at tackle job og sygdom

Redskab til inklusion af deltagere til kurset

Dette er et redskab til dig, der rekrutterer borgere til kurset *Lær at tackle job og sygdom*. I det følgende beskrives inklusionskriterier for deltagere til kurset.

Desuden er der en kort information om selve kurset. Dette bør formidles til borgeren ved rekrutteringen.

OBS: Når rekrutteringen gennemføres via jobcentret, SKAL rekrutteringen gennemføres i forbindelse med 1. opfølgningssamtale. Hvis borgeren takker nej, skal vedkommende have tilbuddet igen til 2. opfølgningssamtale.

Inklusionskriterier - hvem henvender kurset sig til?

Der er opstillet en række inklusionskriterier for borgere, der kan tilbydes at deltage i kurset. Kriterierne skal sikre, at kurset bliver tilbudt de mennesker, kurset er relevant for, og som har mulighed for at få udbytte af kurset.

OBS: Kriterierne gælder på rekrutteringstidspunktet.

Inklusionskriterier – kurset er for borgere der

- modtager sygedagpenge
- er sygemeldt fra job
- har været sygemeldt i maksimum 16 uger
- vurderes til at falde under kategori 2 eller kategori 3
- deltager frivilligt
- er over 18 år
- taler og forstår dansk
- har en erkendelse af at have et langvarigt helbredsproblem
- ønsker at arbejde med sin sygdom/tilstand i forbindelse med sin jobsituation

Ad 2. Sygemeldt fra job

Personen skal være sygemeldt fra job, men må godt deltage, hvis vedkommende er blevet opsagt.

Ad 3. Sygemeldingens varighed

Inklusionskriterierne gælder for rekrutteringstidspunktet. Dvs. at en person godt kan være syge- meldt i mere end 16 uger den dato, hvor kurset begynder.

Ad 5. Frivillighed

Kurset er et frivilligt supplement til de øvrige indsatser, personen deltager i via jobcentret. *Lær at tackle job og sygdom* er et tilbud, som **ikke** må være en nødvendig del af en jobplan, aktivitets-

plan, aktiveringsplan eller lignende. Hvis borgeren ikke møder op til kurset eller er fraværende på et eller flere moduler, må det ikke have indflydelse på vedkommendes offentlige ydelser. I forbindelse med frivillighed skal du sikre dig, at borgeren oplever kurset som et frivilligt tilbud og er klar over, at deltagelsen ikke er knyttet sammen med vedkommendes offentlige ydelser. Samtidig skal borgeren oplyses om, at det, der bliver talt om på kurset, er fortroligt. Det betyder, at informationen forbliver i gruppen, og at ingen af de oplysninger, der kommer frem under kurset, bliver bragt videre til lægen, jobcentret eller andre personer/steder i kommunen.

Ad 8. Erkendelse af langvarigt helbredsproblem

Nogle borgere er under udredning og har ikke fået stillet en diagnose. Andre borgere har måske en diagnose, men har svært ved at se sig selv som langvarigt syg. Der kan være mange årsager til, at det kan være vanskeligt at erkende et helbredsproblem, og det er ofte en proces, der tager tid.

Deltagelse i dette kursus forudsætter dog, at deltageren har en oplevelse af at have et helbreds- problem og ønsker at arbejde aktivt for at håndtere dette.

Om Lær at tackle job og sygdom

Lær at tackle job og sygdom er et kursus til mennesker, der har langvarig sygdom og modtager sygedagpenge. Kursets formål er at styrke borgerens mestring af sygdom med det formål at vende tilbage i job. Borgerne undervises i at anvende en række konkrete værktøjer, som motiverer og styrker dem i at yde en aktiv indsats i forbindelse med håndtering af sygdom og jobsituation.

OBS: I den nye sygedagpengelov med virkning fra 5. januar 2015, har borgere i gruppe 2 ret til et tilbud i mestring af følgerne af sygdom i forhold til at fastholde et arbejde. I bemærkningerne til loven nævnes Lær at tackle-kurserne som oplagte mestringstilbud.

Eksempler på emner:

- En ny arbejdsidentitet
- En aktiv indsats og dialog med arbejdsgiver, jobcenter og kollegaer
- Håndtering af stress
- Håndtering af symptomer som smerte, træthed og nedtrykthed
- Kommunikation med familie og venner
- At bruge sit netværk
- At sætte mål – og nå dem
- Problemløsning
- Pacing – balance mellem aktivitet og hvile.
- Fysisk aktivitet og sund kost

Underviserne er to instruktører. Mindst en af de 2 er frivillig og har selv erfaring med at mestre et job på trods af langvarig sygdom. De kender derfor til de udfordringer, der opstår, når man ønsker at arbejde trods sygdom. Instruktørerne ved altså, 'hvor skoen trykker', og hvordan det føles, når længerevarende sygdom giver begrænsninger i forhold til ens jobsituation. Den anden instruktør

kan være frivillig med kendskab til at mestre job og sygdom, pårørende eller en medarbejder i kommunen.

Form: Kurset består af 6 kursusgange á 2,5 time. Man mødes i en gruppe af 12-16 deltagere 1 gang om ugen. Instruktørerne præsenterer emner og redskaber, og det er op til deltagerne, hvilke emner og redskaber der er noget for dem. Man mødes med andre, der er i samme situation som en selv og inspirerer hinanden til at lære nye måder at tackle sygdom og jobsituation på.



Informationsmøde/ Er du langvarig sygemeldt fra job

Den videnskabelige undersøgelse af kurset: "Lær at tackle job og sygdom"

NYT KURSUS!

...for borgere, der modtager sygedagpenge og er langvarigt sygemeldte fra job.

X Kommune deltager i evalueringen af kurset "Lær at tackle job og sygdom". Kurset udbydes i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, imens den videnskabelige undersøgelse varetages af uafhængige forskere fra Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital.

Formålet er at få viden om, hvad der kan hjælpe mennesker med langvarige sygdomsforløb både til at opnå højere livskvalitet og til at vende tilbage til arbejde.

Derfor søger vi borgere, der er langvarigt sygemeldte fra job, men som ønsker at deltage i et kursus om at tackle livet med sygdom, og om at vende tilbage til arbejde.

Deltagere fordeles ved lodtrækning til kurset (60%) eller til en kontrolgruppe (40%).

Borgere i kontrolgruppen vil kunne følge andre tilbud og tilmelde sig et nyt kursus efter 6 mdr.

Vi afholder informationsmøde dato 2014 kl. xx, sted/lokale.

Tilmelding sker til:

Eller

Der er fortsat ledige pladser på kurset.

Frem d. dato kan interesserede henvende sig og få nærmere information hos:

Koordinerende medarbejder, Sted.

Telefon / e-mail

senest d. dato

Bilag 3. Guide og tjekliste til koordinator



Guide & tjekliste til koordinator

Den videnskabelige evaluering af kurset: "Lær at tackle job og sygdom"

Denne guide beskriver de procedurer, som koordinatoren i hver enkelt kommune følger for at opfylde kravene i den videnskabelige undersøgelse af kurset: [Lær at tackle job og sygdom](#). Undersøgelsen er eksternt og uafhængigt, og den gennemføres af forskere fra Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital. Kontaktperson for undersøgelsen er Yoon Frederiksen.

På de følgende sider findes en [tjekliste](#), som gør opgaverne mere overskuelige.

I nogle kommuner udgår indsatsen alene fra beskæftigelsesområdet, og her skal der kun udpeges én koordinator. I mange kommuner udgår indsatsen fra sundhedsområdet, men foregår i tæt samarbejde med beskæftigelsesområdet (jobcenteret). Her skal der udpeges én hovedansvarlig sundhedskoordinator og én kontaktperson fra beskæftigelse.

Hvis kurset udgår fra sundhedsområdet, er det en væsentlig opgave at etablere et samarbejde med beskæftigelsesområdet. Deltagerne på kurset skal være sygemeldte fra job, fleksjob eller ledighed og modtage sygedagpenge, og de skal rekrutteres via jobcenteret, enten ved den første eller den anden opfølgningssamtale.

Sagsbehandlere der rekrutterer og kort giver indledende information om undersøgelsen og om kurset, skal klædes på i forhold til de opstillede inklusionskriterier. Komiteen for Sundhedsoplysning tilbyder derfor opstartsmøder både med koordinator/kontaktperson og med sagsbehandlere.

NB! Mindst 2 kurser skal indgå i denne undersøgelse inden juli 2015.

Inden rekruttering og mundtlig information:

Planlæg kursusopstart og skab overblik over opgaverne.

Informér Lea Hegaard (la@sundkom.dk) fra Komiteen for Sundhedsoplysning om kursets startdato. Det er en god idé at være ude i god tid, og senest 14 dage før der skal rekrutteres borgere i jobcentret.

Du vil derefter modtage en kasse med konvolutter fra Yoon Frederiksen (jos@psy.au.dk). Hvis der er mindre end 14 dage til første rekrutteringssamtale, informeres Yoon direkte, så kassen kan blive sendt afsted med det samme.

Konvolutterne indeholder skriftligt informationsmateriale, stamkort og samtykkeerklæring samt en frankeret svarkuvert. Der ligger også et registreringsark til egen brug for koordinatoren.

Sygemeldte borgere rekrutteres af de sagsbehandlere, der håndterer sygedagpengesager, enten ved første eller anden opfølgningssamtale.

NB! Borgere skal være sygemeldte fra job, fleksjob eller ledighed, modtage dagpenge og være visiteret af jobcenteret enten til kategori 2 eller 3 (se inklusionskriterier).

- Borgere der lever op til inklusionskriterierne, spørges om de har lyst til at være med.
- Fortæl fra starten, at kurset er en del af en videnskabelig undersøgelse, hvor ikke alle vil få mulighed for at komme på kursus. Fortæl også at besvarelser fra dem, der kommer i kontrolgruppen, er meget vigtige for undersøgelsen. Først når kontrolgruppen har udfyldt det sidste spørgeskema (efter ca. 6 måneder), kan de få besked på om de kan komme på et andet kursus!
- Herefter kan borgeren enten henvises videre til koordinatoren, hvor vedkommende modtager den egentlige mundtlige og skriftlige information. Eller borgeren kan modtage denne information fra sagsbehandleren.

Alternativt kan borgerne rekrutteres fra sundhedsområdet igennem de kanaler, som man allerede benytter. Hvis borgerne rekrutteres fra sundhed, skal der stadig koordineres med jobcenteret for at sikre, at den enkelte borger lever op til inklusionskriterierne.

Hvis der anvendes opslag til at rekruttere borgere, er det vigtigt at det fremgår tydeligt af opslaget, at der er tale om deltagelse i en videnskabelig undersøgelse (se forslag til opslag). Borgere kan i den forbindelse også rekrutteres ved afholdelse af informationsmøder.

Mundtlig information (herunder udlevering af skriftlig information)

- Borgeren informeres mundtligt om den videnskabelige undersøgelse. Dvs. udover information om kurset, også om udfyldelse af spørgeskemaer, lodtrækning af kursuspladser og udtræk af registerdata.
- Hvis borgeren viser sig egnet (jf. inklusionskriterier) og fortsat er interesseret, udleveres én konvolut fra kassen.
- Konvoluttens indhold gennemgås:
 - Folderen om evalueringen af kurset
 - ”Stamkort og samtykkeerklæring” NB! *Husk at udfylde og underskrive på bagsiden*
 - Frankeret svarkuvert ”Registreringsark” til brug for koordinatoren
- Folderen, stamkort/samtykke og svarkuvert lægges tilbage i konvolutten og udleveres til deltageren.
- Der informeres om de elektroniske spørgeskemaer, som udfyldes ved at følge et link på hjemmesiden: www.patientuddannelse.info/jos (kode: jos).
- Det tager ca. 45 minutter at udfylde det første skema. Der vil blive sendt yderligere 2 skemaer på e-mail efter hhv. 2 og 6 måneder. De tager 30 minutter hver. Manglende besvarelser følges op pr. mail, telefon og brev.

- Borgeren gøres opmærksom på, at for at få mulighed for at komme på kursus, så skal man deltage i evalueringen, dvs. udfylde ”Stamkort og samtykkeerklæring” og indsende dette, og man siger ja til at udfylde alle tre spørgeskemaer, uanset om man kommer på kursus eller ej.
- Hvis borgeren får brug for hjælp til at udfylde spørgeskemaet kan Yoon Frederiksen kontaktes.

Lodtrækning

- Når Yoon Frederiksen har modtaget både det udfyldte spørgeskema og blanketten for stamkort/samtykke, så trækkes der lod om hvorvidt borgeren kommer i kursus- eller kontrolgruppen (dette vil ske ca. 14 dage inden kurset). Fordelingen er 60% til kursus og 40% til kontrolgruppe.
- Yoon sender besked om lodtrækningen tilbage til koordinatoren pr. e-mail, og koordinatoren får besked om hvilken gruppe borgeren er kommet i.
- Borgere i kontrolgruppen, som forsat ønsker at komme på kursus, kan opfordres til at henvende sig efter det sidste spørgeskema er udfyldt (efter ca. 6 måneder).
- Det er meget vigtigt at borgere i kontrolgruppen ikke informeres om nye kurser. De må heller ikke få at vide om de kan komme på et senere kursus eller blive skrevet på en venteliste. Hvis borgeren ønsker det, må de selv henvende sig til koordinatoren efter ca. 6 måneder, når det sidste spørgeskema er udfyldt.

Sene rekrutteringer

- Ved sene samtaler – dvs. hvis der er mindre end 14 dage til opstart af kursus – skal interesserede borgere tilmeldes ved at udfylde ”Stamkort og samtykkeerklæring” allerede til samtalen, og sende den med det samme.
Borgeren tilskyndes til at udfylde spørgeskemaet hurtigst muligt, meget gerne samme dag.
- Når borgeren har underskrevet samtykkeerklæring, sender koordinatoren straks herefter en e-mail med deltageroplysningerne fra stamkortet/samtykke til Yoon Frederiksen.

Mailen mærkes med ”Ny deltager – HASTER” i emnefeltet.

Planlægning af kursus

- Hensigten er, at der til hvert kursus skal rekrutteres 25 borgere. Efter lodtrækningen kommer der så 15 borgere på kursus.
- Der kan dog rekrutteres mellem 20 og 30 borgere. Efter lodtrækning kommer der så mellem 10 og 18 borgere på kursus. Det handler om at få så mange med som muligt (ikke over 18).
- Hvis der rekrutteres under 20 deltagere, kontaktes Yoon Frederiksen eller Lea Hegaard.
- Borgere som skal på kursus, får besked om dette fra kommunen.
- Borgere i kontrolgruppen får besked fra koordinatoren om, at de ikke kommer på kursus, men at de stadigvæk deltager i den videnskabelige undersøgelse. Hvis de stadig gerne vil på kursus, når de har udfyldt det sidste spørgeskema, så er de meget velkomne til at henvende sig til koordinatoren eller til kommunen (efter ca. 6 måneder).
- Af hensyn til kvaliteten af evalueringen er det meget vigtigt at deltagere i kontrolgruppen ikke får information eller oplysninger om efterfølgende kursus. De må først få information om et nyt kursus, når de har udfyldt det sidste spørgeskema i undersøgelsen. De må ikke opføres på en venteliste. Borgeren må selv henvende sig til koordinatoren efter ca. 6 måneder.
- Når kursusdatoen ligger fast, så sender koordinatoren informationer om datoer (start og slut) til Lea Hegaard. Hvis disse ændres, gives også besked. Hvis der er mindre end en måned til opstart, så er det en god idé også at informere Yoon Frederiksen.

Fremmøde registreres af instruktører

- Instruktørerne registrerer fremmøde ved afkrydsningsliste, som vil blive sendt til koordinatoren umiddelbart før kursusstart. Dvs. kursister råbes op ved begyndelsen af hvert modul. Koordinatoren indsamler fremmødelisten fra instruktørerne ved kursets afslutning, og sender den til Yoon Frederiksen.

Øvrige spørgeskemaer og interview

- Yoon Frederiksen sender yderligere 2 elektroniske spørgeskemaer til alle deltagere (både til kursister og deltagere i kontrolgruppen):
 - Ved kursets afslutning efter ca. 2 måneder
 - Ca. 6 måneder efter kursusstart
- Enkelte kursister vil efterfølgende blive inviteret til et interview om kurset. Deltagelse i interviewet er frivilligt. Det tager ca. 30 minutter.

Opsummerende

- Koordinatoren informerer Lea Hegaard så snart et nyt kursus planlægges, og senest 14 dage før den første rekruttering.
- Koordinatoren modtager følgende med posten fra Yoon Frederiksen:

En konvolut pr. deltager med:

- *Folderen om den videnskabelige undersøgelse af kurset*
 - *"Stamkort og Samtykkeerklæring" NB! Husk at udfylde og underskrive på bagsiden*
 - *Frankeret svarkuvert*
 - *Registreringsark*
- Der må først laves aftale om deltagelse i et efterfølgende kursus efter ca. 6 måneder, dvs. når borgeren har husket at udfylde det sidste spørgeskema. Spørg derfor om borgeren har husket at udfylde dette, inden et nyt kursus drøftes.

Kontaktoplysninger

Har du spørgsmål til tjeklisten eller til den videnskabelige undersøgelse, er du velkommen til at kontakte Yoon Frederiksen jos@psy.au.dk / 8716 5871.

Har du spørgsmål til kurset *Lær at tackle job og sygdom*, er du velkommen til at kontakte Lea Hegaard la@sundkom.dk / 2266 2671.

Bilag 4. Guide til mundtlig information



Guide til mundtlig information

Den videnskabelige evaluering af kurset: "Lær at tackle job og sygdom"

Materialer om "Inklusionskriterier" og "Guide og Tjekliste" er tidligere sendt rundt til koordinatoren. For en sikkerheds skyld er de også vedhæftet i dette materiale.

Denne guide omhandler kun den information, der er specifik for selve undersøgelsen.

Hvis du skulle have spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte Martin Hammershøj Olesen fra Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital: jos@psy.au.dk / 8716 5871

Vi anbefaler, at du gør dig bekendt med materialet i den konvolut, som skal udleveres til sidst i samtalen:

- Skriftlig information er den *folder* som interesserede borgere modtager i konvolutten.
- Stamkort og samtykkeerklæring, som du skal huske at udfylde og underskrive på bagsiden
- NB! Borgeren skal udfylde forsiden og indsende papiret i den frankererede svarkuvert
- Registreringsskema udfyldes og gemmes til eget brug

For at kunne medvirke, udfylder borgeren det første elektroniske spørgeskema (ca. 45 minutter), ved at følge linket på hjemmesiden: www.patientuddannelse.info/jos – og indtaste kodeordet: **jos**

Det er en god idé at vise borgeren hjemmesiden og linket, så de ved hvor de skal klikke for at begynde.

Før mødet er det ligeledes en god idé at informere om muligheden for at medbringe en bisidder. Det kunne f.eks. være en pårørende, en ven eller veninde.

Formålet med mødet er at afklare endeligt, om borgeren møder inklusionskriterierne og at informere både om kurset og om den videnskabelige undersøgelse.

NB! Inden den egentlige information påbegyndes, skal borgeren afklares i forhold til inklusionskriterierne

Særligt om kontrolgruppen

Det er vigtigt at fortælle, at 40% af borgerne ikke kommer på kursus til at begynde med. Fremhæv derfor følgende pointer, som gælder særligt for kontrolgruppen:

- Borgere som kommer i kontrolgruppen spiller en væsentlig rolle
- At deres medvirken i undersøgelsen og lyst til at svare på spørgeskemaerne, er afgørende for kvaliteten af de resultater, der kommer ud af undersøgelsen
- Mange borgere synes, at spørgeskemaerne i sig selv er interessante at udfylde

... så hvis man siger ja til at medvirke er det vigtigt, at man udfylder alle 3 spørgeskemaer, uanset om man kommer på kursus med det samme eller ej...

Nogle borgere der får besked om, at de ikke kommer på kursus, kan blive skuffede.

Derfor kan de opfordres til at kontakte kommunen igen, når de har udfyldt det sidste spørgeskema. Til den tid kan de høre, om der er mulighed for at komme på et andet kursus.

Du må gerne give dem dine kontaktoplysninger, så de kan henvende sig igen, når det sidste skema er udfyldt.

MEN du må *ikke* give tilsagn, løfter eller lignende konkrete oplysninger om datoer for et nyt og efterfølgende kursus. Du må heller *ikke* opføre en venteliste. Grunden til dette er, at borgere i kontrolgruppen, ikke må påvirkes positivt af forventninger om, at de snart kommer på et kursus. Det ville være ødelæggende for undersøgelsens resultater. Først når det sidste spørgeskema er udfyldt, må de få positive tilsagn etc.

I det følgende gennemgås hovedtrækkene for den mundtlige information.

Du må gerne bruge dine egne ord, og hente inspiration fra det skriftlige materiale (folderen). Vi forsøger at fremhæve de mest centrale aspekter ved at give eksempler, som du kan tage udgangspunkt i.

NB! Inden den mundtlige information påbegyndes skal borgeren afklares i forhold til inklusionskriterierne.

Dernæst...

"Jeg vil nu informere dig om den videnskabelige undersøgelse af kurset "Lær at tackle job og sygdom". Inden vores møde slutter, får du udleveret en konvolut. Den indeholder bl.a. en informationsfolder, hvor det vi kommer omkring her på mødet, også står beskrevet. Derfor behøver du ikke huske alt, hvad vi taler om.

Læs i stedet folderen igennem derhjemme, inden du beslutter endeligt om du vil være med"

Baggrund

"Kurset "Lær at tackle job og sygdom" er et nyt tilbud til borgere, der modtager sygedagpenge og er langvarigt sygemeldte fra job."

"Kurset er oprindeligt udviklet på Stanford Universitet i USA, og hensigten er at hjælpe mennesker med langvarige sygdomsforløb. Undersøgelser fra udlandet har vist, at kurset kan føre til bedre livskvalitet og sundhed. I Danmark har man fundet lignende resultater for mennesker med kronisk sygdom, angst og depression samt smerter. Det nye ved denne undersøgelse er, at man kigger på om sygedagpengemodtagere kan have gavn af kurset, og på om de vender hurtigere og oftere tilbage til arbejde."

”Det er Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (under beskæftigelsesministeriet), der har afsat midler til udvikling, udbredelse og undersøgelse af ”*Lær at tackle job og sygdom*”. Komiteen for Sundhedsoplysning står for udvikling, tilpasning og udbredelse af kurset. Den videnskabelige undersøgelse bliver gennemført af eksterne og uafhængige parter: Forskere på Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital (AU og AUH), samt på SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

”Når man vælger en videnskabelig undersøgelse som fremgangsmåde, er det fordi, man ikke kan være sikker på, om kurset er hjælpsomt for sygedagpengemodtagere. Det har vi en forventning om, men vi ved det ikke endnu. Den sikreste måde at finde ud af om kurset hjælper bedre end den almindelige opfølgning og behandling, er ved at sammenligne to grupper. Meningen er, at kun den ene gruppe, kommer på kursus, mens den anden er en kontrol- eller sammenligningsgruppe.”

- *Det der afgør, om man skal være i den ene eller den anden gruppe, er en uafhængig lodtrækning. Mere end halvdelen (60%) af de interesserede borgere kommer på kursus med det samme, mens 40% kommer i kontrolgruppe. De må så vente ca. 6 måneder, før de kan søge kurset igen.*
- *Uanset om man kommer på kursus eller i kontrolgruppen, er ens bidrag lige vigtige for den videnskabelige undersøgelse.*
- *Din medvirken i undersøgelsen vil give ny viden om, hvad der hjælper mennesker, som er sygemeldte, Dels til at opnå højere livskvalitet, men også til at vende tilbage til arbejde.*
- *Hvis man kommer i kontrolgruppen, kan man henvende sig til kommunen igen, efter man har udfyldt det tredje og sidste spørgeskema, for at høre om muligheden for at komme på kurset.*

”Alle interesserede udfylder 3 spørgeskemaer for at medvirke.

Klik på linket via hjemmesiden, www.patientuddannelse.info/jos og benyt kodeordet **jos**.”

- *Før, dvs. inden lodtrækning om kursus- eller kontrolgruppe*
- *Efter ca. 2 måneder, sendes et link på e-mail*
- *Opfølgning efter ca. 6 mdr. sendes endnu et link*

”Det tager op til 45 minutter at udfylde det første spørgeskema, og ca 30 minutter for hver af de to efterfølgende skemaer.”

”Ved manglende besvarelse sender forskerne påmindelser på e-mail. Hvis du ikke svarer, ringer de til dig. Får de ikke kontakt, sender de et brev. Enkelte vil også blive spurgt, om de har lyst til at medvirke i et telefoninterview. Der tager ca. 30 minutter.”

”Forskergruppen vil derudover indsamle registerbaserede oplysninger, bl.a. om sygedage og dagpenge.”

- *Spørgeskemaerne handler bl.a. om livskvalitet, motivation og tilbagevenden til arbejde. Der bliver også spurgt til forskellige baggrundsoplysninger.*
- *Når man har indsendt det første spørgeskema, får man besked efter ca. 14 dage, om man skal på det først kommende kursus, eller om man skal deltage i kontrolgruppen.*
- *Det er vigtigt for undersøgelsens kvalitet, at også de sidste spørgeskemaer besvares, uanset om man kommer i kursusgruppen eller kontrolgruppen, og uanset om man er vendt tilbage til arbejde eller ej.*

Frivillighed og anonymitet

”Det er vigtigt at understrege at deltagelse i undersøgelsen er helt frivillig.”

- *Du kan derfor til enhver tid trække dit tilsagn om deltagelse tilbage, uden at det får negativ indflydelse på din adgang til behandling eller andre rettigheder.*

”For at få så ærlige og dækkende svar som muligt, er anonymitet afgørende.”

- *Alle oplysninger fra dig (f.eks. dem du angiver i spørgeskemaerne), bliver behandlet strengt fortroligt af forskerne. Personer der er med i undersøgelsen, bliver anonymiseret, så deres navne ikke fremgår, når undersøgelsens resultater fremlægges.*
- *Oplysninger vil ikke blive givet videre hverken til kursusinstruktører, sagsbehandlere i kommunen, behandlingssystemet eller andre offentlige myndigheder.*

Afrunding og eventuelle spørgsmål

- *Jeg vil nu gå videre med at fortælle dig om selve kurset, men inden da vil jeg lige høre, om du eventuelt skulle have nogen spørgsmål til det, jeg har sagt?*
- *Hvis du stadig er interesseret, vil jeg til slut i vores samtale bede dig om at udfylde et registreringskema med dit navn og kontaktoplysninger, og huske dig på at udfylde og indsende stamkort/samtykke til forskerne.*

Bilag 5. Deltagerinformation

Interesseret?

Kurset Lær at tackle job og sygdom er til mennesker, som er sygemeldt fra job, har en langvarig lidelse og modtager sygedagpenge. Kurset giver dig inspiration og konkrete værktøjer til det at håndtere din sygdom og jobituation.

Kunne du tænke dig at deltage på kurset, skal du henvende dig til din kommune, få din arbejdsleder i jobcenteret.

Du kan læse mere om kurset på www.patientuddannelse.info

Kontakt: Komiteen for Sundhedsoplysning, hvis du har spørgsmål, som du ikke får svar på i denne folder.

Får mig vær det kurset, der gjorde, at jeg fik nogle værktøjer, som jeg kunne tage op og bruge til noget. Får jeg værktøjer til at kunne gå op mod de autoriteter, der er på området. At være proaktiv i forhold til min sygdom. Men skal have et nyt fokus, og det hjælper kurset med.

Tilføjet kursist

Kurset har givet mig redskaber og mod til at komme tilbage i job.

Tilføjet kursist

Kurset Lær at tackle job og sygdom udbydes af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekryterings Ministerier, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Konsumtarnets Landsforening.

KURSIKURSER

LÆR AT TACKLE

Job og sygdom



- Har du en langvarig sygdom?
- Oplever du, at dine symptomer påvirker din jobituation?
- Kunne du tænke dig inspiration til, hvordan du kan håndtere din sygdom så du fortsat kan arbejde?

Komiteen for Sundhedsoplysning

Lær at tackle job og sygdom

Kurset Lær at tackle job og sygdom er til voksne mennesker med en langvarig lidelse, der er sygemeldt fra job og modtager sygedagpenge.

Formålet med kurset er, at det bliver dig, der styrer din sygdom og ikke omvendt. På kurset lærer du at tackle din sygdom og overkomme de forhindringer, der kan være på vejen tilbage i arbejde.

Kurset udbydes af din kommune, og det er frivilligt, om du vil deltage.

Mød ligestillede
Kurset ledes af to frivillige instruktører, som selv har langvarig sygdom inde på livet og ved hvordan det er,

når sygdom begrænser ens muligheder for at arbejde. Instruktørerne ved altså, 'hvad skoen trykker'. Ud over at kende problemerne inde fra har instruktørerne gennemført en systematisk uddannelse og er godkendt til at lede kurset.

Fælles problemer - individuelle løsninger
Lær at tackle job og sygdom er et praktisk kursus. Det betyder, at du vil blive præsenteret for en række redskaber, som har hjulpet andre mennesker med at mestre et arbejdsliv på trods af langvarig sygdom. Deltagelse på kurset kan have forskellige sygdomme og årsager til deres sygdomsforløb. Alligevel har man ofte samme udfordringer og bekymringer. Kurset har forskellige erfaringer med at håndtere sygdom, hverdag og job-situation og derfor kan man hjælpe hinanden.

dringer og bekymringer. Kurset har forskellige erfaringer med at håndtere sygdom, hverdag og job-situation og derfor kan man hjælpe hinanden.

Sådan foregår det
Kurset består af 6 møde gange a 2,5 time pr. gang. Programmet for hver kursusgang ligger helt fast. Der er 12-16 deltagere på kurset. Kurset er praktisk orienteret og veksler mellem oplæg fra instruktørerne, erfaringsudveksling, øvelser og individuelt arbejde. Du vil blive præsenteret for en række værktøjer til selvhjælp, som du kan bruge til at håndtere din job- og sygdomssituation aktivt. Som kursist er det din opgave at udvælge og at øve dig i at bruge de redskaber, som du synes, er gode for dig.

Alle deltagere og instruktører på kurset har tavshedspligt. Det betyder, at ingen må videreforsætte de oplysninger, der kommer frem under kurset, heller ikke til fx jobcenteret eller andre personer/steder i kommunen.

Hvad får du ud af kurset?
Deltagelse på kurset fortæller, at de på grund af kurset bl.a. føler sig bedre i stand til at klare et arbejde på trods af sygdom, at de er blevet bedre til at håndtere deres symptomer, samt at de føler sig bedre rustede til at tale med en arbejdsgiver.

Kursets emner

- En ny arbejdsidentitet
- En aktiv indsats og dialog med arbejdsgiver, jobcenter og kolleger
- Håndtering af stress
- Håndtering af symptomer som smerte, træthed og nedtrykt
- Kommunikation med familie og venner
- At bruge sit netværk
- At sætte mål - og nå dem
- Problemløsning
- Pacing - balance mellem aktivitet og hvile
- Fysisk aktivitet og sund kost

Et kursus for dig?

Kurset kan være noget for dig, hvis du kan svare ja til følgende:

- Har du en langvarig sygdom?
- Er du sygemeldt fra job, og modtager du sygedagpenge?
- Har du været sygemeldt i mere end 16 uger?
- Mangler du redskaber til at få mere styring over din sygdom og job-situation?
- Lever du med frustrationer og bekymringer over din situation som sygemeldt med en langvarig sygdom?

Mød op på kurset med udfordringer - gå fra kurset med værktøjer til en løsning.

Bilag 6. Stamkort og samtykkeerklæring



Stamkort og Samtykkeerklæring

Den videnskabelige evaluering af kurset: "Lær at tackle job og sygdom"

Dine oplysninger

CPR # (10 cifre):	-	Kommune:	
Fornavn(e):		Efternavn:	
Adresse:		Postnummer og by:	
Telefon(er)*:		e-mail*:	

*Angiv om muligt varige telefon og e-mail oplysninger

Dit samtykke

Jeg er blevet skriftligt og mundtligt informeret om forskningsprojektet, og jeg ved nok, både om dets metode og om fordelene og ulemperne ved at deltage, til at kunne sige ja.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og om at jeg når som helst (og uden begrundelse) kan trække mit tilsagn tilbage, også *uden* at det vil få indflydelse på mine rettigheder eller ydelser.

Jeg bekræfter hermed, at jeg ønsker at deltage i forskningsprojektet:

"En videnskabelige evaluering af kurset: *Lær at tackle job og sygdom*"

Underskrift:

Dato:

Blanketten indsendes af borgeren i den frankerede svarkuvert NB! Bagsiden udfyldes af kommunens medarbejder!

Visitering og Mundtlig information

Den videnskabelige evaluering af kurset: "Lær at tackle job og sygdom"

Medarbejderens oplysninger

Kommune:	
Fornavn:	Efternavn:
Direkte Telefon:	e-mail:

Hvilken opfølgingskategori er borgeren visiteret til i jobcenteret? (Sæt kryds):

- **"Kategori 1"** sygemeldte der forventes fuldt raskmeldte inden for 2 måneder
- **"Kategori 2"** sygemeldte med længerevarende men forudsigelige forløb
- **"Kategori 3"** sygemeldte med komplekse problemstillinger

Jeg bekræfter hermed, at der er givet mundtlig information om projektet, og at borgeren har haft mulighed for at stille spørgsmål om evalueringen, før det skriftlige materiale er blevet udleveret.

Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i evalueringen.

Underskrift:

Dato:

Registreringsark til brug for koordinator

Den videnskabelige evaluering af kurset: "Lær at tackle job og sygdom"

NB! udfyldes af kommunens medarbejder

Borgerens oplysninger

Fornavn(e):	Efternavn:
Adresse:	Postnummer og by:
Telefon(er)*:	e-mail*:

*Angiv om muligt varige telefon og e-mail oplysninger

Jeg bekræfter hermed, at der er givet mundtlig information om projektet, og at borgeren har haft mulighed for at stille spørgsmål om evalueringen, før det skriftlige materiale er blevet udleveret.

Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i evalueringen.

Borgeren har tilkendegivet ønske om at medvirke i undersøgelsen.

Medarbejderens
initialer &
underskrift:

Dato: