

Maj 2018

Kvalitativ evaluering af kurset

LÆR AT TACKLE job og sygdom

Delrapport

1 INDHOLDSFORTEGNELSE

2	Resumé.....	3
2.1	Baggrund.....	3
2.2	Den videnskabelige evaluering	3
2.3	Resultat	4
2.4	Konklusion.....	5
3	Indledning.....	5
4	Lær at tackle job og sygdom.....	7
4.1	Baggrund.....	7
4.2	Instruktør uddannelsen.....	11
4.3	Gennemførelse af LÆR AT TACKLE job og sygdom	12
5	Metode og fremgangsmåde	14
5.1	Analysemetode.....	14
5.2	Undersøgellesdesign.....	15
5.3	Forskningsetik og anonymitet.....	17
5.4	Rekruttering til LÆR AT TACKLE job og sygdom undersøgelsen	17
6	Undersøgelsens resultater	19
6.1	Beskrivelse af respondenterne.....	19
6.2	Datagrundlag.....	20
6.3	Fase 1: At lærer datasættet at kende.....	21
6.4	Fase 2: Begyndende mønstre efter første kodning	21
6.5	Fase 3: Mulige tematikker	23
6.6	Fase 4: Tematisk mapping	25
6.7	Fase 5: Udvælgelse og sammenlægning af temaer.....	26
6.8	Fase 6: præsentation af endelig analyse	26
7	Formål, kerneantagelser og tematik.....	40
7.1	Kort oprids: baggrund, formål og kerneantagelse	40
7.2	Hvad virker effektfremmende	41
7.3	Hvad virker effekthæmmende	43
7.4	Udviklingspotentiale og anbefalinger.....	44
7.5	Metodemæssige overvejelser	46
8	Konklusion.....	48
9	Referencer	50
10	Bilag 1: Interviewguide	53

2 RESUMÉ

2.1 BAGGRUND

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. Nærværende rapport er en del af denne evaluering, som blev gennemført af EPoS, Aarhus Universitetshospital og Aarhus Universitet. Den overordnede evaluering består således af a) en kvantitativ evaluering af udvalgte psykosociale mål, og b) en kvalitativ evaluering af deltageres oplevelse af effekten af kurset. Det vil sige en virkningsevaluering med udgangspunkt i kursets indholdstematikker.

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. Ud over de finansielle omkostninger er langvarigt sygefravær forbundet med nedsat livskvalitet og andre psykiske problemstillinger, som rækker langt udover hvad selve sygdommen kan forklare (Borg, Nexø, Kolte, & Andersen, 2010; Mortensen, Andersen, Ektor-Andersen, Eriksen, Fallentin, Frost, & Zebis, 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 borger redskaber til at kunne vende tilbage til arbejdet – et såkaldt *self-management* program. *LÆR AT TACKLE* programmet er oprindeligt udviklet på Stanford University (Lorig, 2014; Lorig et al., 1999) 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*. Programforløb som er afprøvet på danske borgere i samarbejdet med landets kommuner. *LÆR AT TACKLE* programmerne er oversat og bearbejdet af Komitéen for Sundhedsoplysning.

2.2 DEN VIDENSKABELIGE EVALUERING

Den videnskabelige evaluering af kurset blev tilrettelagt således, at alle landets kommuner fik tilbud om at deltage i afprøvningsen 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 og selv vurderet helbred, men deltog ikke på kurset. Alle deltagere besvarede tre spørgeskemaer, før lodtrækningen, ca. 6-8 uger efter, svarende til lige efter kurset for kursusgruppen og et afsluttende opfølgningsskema ca. 6 mdr. efter kursusstart. Derudover blev der lavet kvalitative interviews med udvalgte deltagere fra interventionsgruppen (se **Metode og fremgangsmåde** for udvælgelseskriterier).

På baggrund af de 17 telefoninterviews blev deltagernes refleksioner over kurset kondenseret til en række tematikker, som afspejlede essensen af deres oplevelser. På baggrund heraf udledtes nye beskrivelser af, hvilke kurselementer der var virkningsfulde, hvilke der var udfordrende, og hvor der var potentiale til udvikling. Således var den anvendte analysestrategi: En tematisk analyse – som blev foretaget ud fra nogle prædefinerede koder, for først at observere mønstre og sidenhen temaer. Denne deduktive tilgang tillader os at analysere om de fremkomne temaer reelt relaterede sig til kursets indhold.

Denne delrapport beskriver udvalgte kursisters oplevelse af kurset og indeholder en analyse af potentielle effektfremmende og effekthæmmende mekanismer.

2.3 RESULTAT

Der var 12 kvinder og 5 mænd repræsenteret, hvilket stemmer overens med undersøgelsens repræsentation af køn. Aldersspredningen var 31 – 60 år, svarende til en gennemsnitsalder på 41 år. I 12 ud af de 17 cases var årsagen til sygemelding fysisk betinget, og i 5 cases var årsagen psykisk betinget (stress, angst, depression). Alle informanterne havde fuldført kurset, svarende til at de maksimalt havde haft 2 fraværgange ud af de 6 kursusgange.

Formålet med den kvalitative evaluering af kurset Lær at tackle job og sygdom er at undersøge deltagernes oplevelse af mulige virkningsmekanismer, herunder konkrete faktorer der kan virke effektfremmende, samt hvilke effekthæmmende faktorer der kan opleves som eventuelle barrierer for at profitere af kursusdeltagelsen. To hovedtemaer blev identificeret.

- *Accept af sin egen situation*
 - o *Rollemodeller*
 - o *Empati og omsorg*
 - o *Tryghed og åbenhed*
- *Læring og udvikling*
 - o *Kompetence og erfaring*
 - o *Deltagelse og engagement*
 - o *Bevidst/ubevidst anvendelse af redskaber*

Den tematiske analyse peger på, at særligt ligemandsprincippet, rollemodeffekten og målet om at skabe en social effekt er vigtige mekanismer. Derudover synes kurset også at fremme deltagernes oplevelse af at kunne håndtere egen sygdom. Udfordrende aspekter omhandler gruppernes heterogenitet, uoverensstemmelser mellem kursisters behov og kursets rammer. I relation til *rollemodeller*, opleves instruktørerne i høj grad som rollemodeller og som ligesindede, hvilket skaber gensidig forståelse, anerkendelse og en følelse af at være ligeværdige. Dog peges der på, at instruktørers manglende erfaring og kompetence til at undervise forringer kursets brugbarhed. *Tryghed og åbenhed* består blandt andet af deltagernes oplevelse af gruppeformatet, hvor deltagerne fremhæver, at kursusgruppen var betydningsfuld, fordi den blev et møde mellem ligesindede og gjorde deltagerne til en del af et fællesskab, hvori de oplevede tryghed, forståelse, åbenhed og anerkendelse. Samtidigt kunne gruppeformatet også lede til oplevelsen af forskellighed, og hvis oplevelse af heterogenitet var for stor, kunne dette bevirke, at man kunne føle sig malplacerede eller har svært ved at relatere til de øvrige deltagere, mens andre ser forskelligheden som en kilde til inspiration. På den ene side opleves kursets faste rammer og omfattende mængde materiale som en hæmning, der begrænser muligheden for at tale med ligesindede og udveksle erfaringer. På den anden side gør den faste struktur kurset målrettet og lærerigt. *Bevidst/ubevidst anvendelse af redskaber* relaterede til, hvordan deltagerne oplevede at gøre brug af de værktøjer, som kurset præsenterede for deltagerne. Her er der forskellige oplevelser af, hvordan og hvor meget kurset har hjulpet deltagerne til at tage bedre hånd om deres liv og

situation. Hvor nogle er relativt bevidste om, hvad deres udbytte af kurset er, er det for andre vagt og svært at sætte ord på. Størstedelen af respondenterne er dog positivt stemt over for kurset og føler, det har haft en effekt på deres liv.

Vi valgte en deduktiv analysestrategi baseret på tematisk analyse. Således var vi i udgangspunktet præget af formålsbeskrivelsen af nærværende rapport. Alligevel indkredses nogle centrale og interessante emner, som vi ikke havde viden om, da vi startede analysen. Derudover er det en potentiel svaghed, at de pågældende interviews er blevet indhentet 7 til 16 måneder efter kursets afslutning. Analyseresultaterne må således også forventes at afspejle, at mange detaljer fra kursusforløbet på dette tidspunkt muligvis ikke huskes præcist.

2.4 KONKLUSION

I nærværende kvalitative evaluering tydeliggøres det, at centrale og teoretisk funderede del-elementer af kursets indhold har betydning for deltageres oplevelse af kurset. Det er dog væsentligt, at redskaberne og de værktøjer, som har været intentionen, at deltagerne skulle erhverve sig, ikke altid er bevidstgjort for deltagerne som grundlæggende for deres sygdomshåndtering. Alt i alt var deltagerne dog tilfredse med kurset.

3 INDLEDNING

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, Nexø, Kolte, & Andersen, 2010; Mortensen, Andersen, Ektor-Andersen, Eriksen, Fallentin, Frost, & Zebis, 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 det 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 éns selvopfattelse, 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, Stewart, Gonzales, Laurent, & Lynch, 1996; Lorig, Ritter, Pifer, & Werner, 2014) til hhv. *LÆR AT TACKLE kronisk sygdom* og *LÆR AT TACKLE angst og depression*, samt oversat og bearbejdet *Chronic Pain Self-management* programmet (Lefort, Gray-Donald, Rowat, & Jeans, 1998) til *LÆR AT ATCKLE 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 indlæringssteori og særligt 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 endelige evaluering består af en kvantitativ undersøgelse, der centrerer om de psykosociale variable målt over tid og imellem intervention- og kontrolgruppen, og en kvalitativ undersøgelse. Nærværende rapport udgør således baggrunden for den kvalitative undersøgelse, der har til formål at undersøge deltagernes oplevelse af mulige virkningsmekanismer, herunder konkrete faktorer der kan virke effektfremmende samt hvilke effekthæmmende faktorer, der kan opleves som eventuelle barrierer for at profitere af kursusdeltagelsen. Der er i den forbindelse blevet foretaget en række semistrukturerede telefoninterviews blandt deltagere på kurset. Undersøgelse er anmeldt til datatilsynet (201-41-2797) og præ-registeret ved Clinicaltrials.gov. (NCT02136056)

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 22 uger (dvs. inden udgangen af 21. uge). Dette inklusionsvindue er udvalgt på baggrund af tidligere undersøgelser i Danmark (Bultmann et al., 2009; Høgelund, Boll, Skou, & Jensen, 2008; Jensen, Jensen, Christiansen, & Nielsen, 2011). Desuden

stiller lovgivningen i Danmark krav om, at jobcentrene 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 opfølgningskategorier: 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, Boll, Skou, & Jensen, 2008; Høgelund, 2012). De borgere der bliver visiteret til Kategori 1 - "Sygemeldte der forventes raskmeldte indenfor 2 måneder", som udgør 60 % af sagerne (Høgelund, Boll, Skou, & Jensen, 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 enten har et kronisk eller et forventet langvarigt sygdomsforløb (se *Metode og fremgangsmåde* for yderligere inklusions- og eksklusionskriterier).

I det følgende kapitel findes en kort beskrivelse af kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom*. Herefter beskrives rapportens metodemæssige grundlag og fremgangsmåde. Efterfølgende fremlægges analyseresultater, fremstillet som nogle tematikker, der afspejler respondenternes oplevelse af kurset. Afslutningsvis undersøges hvilke dele af kurset, der ser ud til at være særligt virkningsfulde, hvilke begrænsninger og udfordringer kurset har, og hvordan det fremadrettet kan forbedres.

4 LÆR AT TACKLE JOB OG SYGDOM

4.1 BAGGRUND

Kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom* er et mestringskursus, som retter sig mod mennesker, der har helbredsmæssige udfordringer samt er sygemeldte, ofte på grund af langvarig sygdom. Kurset er baseret på den såkaldte Stanford-model for selvhjælpsbaserede patientuddannelser (<http://patienteducation.stanford.edu>) og tilpasset danske forhold af Komiteen for Sundhedsoplysning. I det følgende vil der kort blive redegjort for den teoretiske baggrund for de grundantagelser kursets udformning og indhold hviler på, dernæst en skitsering af Stanford-modellen og tilpasningen heraf til danske forhold. Sidst, grundlaget for at implementere et patientuddannelsesprogram som Stanford-modellen. I det følgende redegøres for kerneantagelsen i *LÆR AT TACKLE job og sygdom* og deraf afledte grundantagelser om færdigheder.

4.1.1 Teoretiske kerneantagelser bag LÆR AT TACKLE kurserne

Ifølge Social-kognitiv indlærings teori beror læring og udvikling af individet på tre reciprok afhængige og interagerende niveauer: det personlige, det adfærdsmæssige og miljøet/omgivelserne. Måden vi som individer forholder os til de tre niveauer kaldes for selvregulering. Selvreguleringsprocessen har altså betydning for, hvordan vi håndterer verden, og de situationer vi møder på vores vej. De strategier vi anvender har betydning for individets oplevelse af self-efficacy, som på dansk ofte refereres til som mestring (Bell, Choi, & Lysaker, 2007; Ogden, 2012). Iflg. social kognitionsteori er self-efficacy, eller mestring, afgørende i forbindelse med ændringer i adfærd, fx at begynde at lave træning i forbindelse med sit rehabiliteringsforløb og håndtering af udfordringer som fx at komme tilbage i arbejde efter en sygemelding (Cervone, 2004). Mestring defineres formelt som personens antagelser om sin evne til at planlægge og udføre den nødvendige handling for at opnå et givent ønsket udfald" (Lorig & Holman, 2003). Mere populært sagt, refererer mestring til "troen på sig selv" i en specifik situation, eksempelvis troen på at man kan løse en konkret arbejdsopgave såsom at udarbejde et budget, lægge et drop eller bygge en carport. Mestring er således kontekstafhængig, hvilket vil sige, at en person godt kan have en oplevelse af at kunne mestre i én sammenhæng, fx i sin rolle som far eller mor, samtidig med at personen i en anden sammenhæng, fx som sygemeldt, ikke har en positiv oplevelse af mestring i forbindelse med at skulle vende tilbage på

arbejdsmarkedet (Bandura, 1977; Frayne & Latham, 1987). Mestring har stor betydning for de handlinger, som personen gør i forsøg på at håndtere de udfordringer, som han/hun står overfor (Cervone, 2004). Eksempelvis vil en person med lav forventning til sin mestring af at komme tilbage i arbejde typisk vil forholde sig mere passivt end en person, som i høj grad oplever at kunne mestre at komme tilbage arbejde (Cervone, Mor, Orom, Shadel, & Scott, 2013). Flere undersøgelser har vist, at personer, som oplever en høj grad af mestring, oftere udviser vedholdenhed i forbindelse med problemløsning, finder udfordringer mindre følelsesmæssigt stressende samt præsterer bedre både i forbindelse med hverdagsproblemer og hukommelsesopgaver (Bandura, 1977; Cervone, 2004). Dog er det vigtigt at understrege, at mestring udelukkende refererer til en persons tro på at kunne håndtere en situation – og at en oplevelse af mestring derfor ikke nødvendigvis forudsiger et succesfuldt resultat, da dette bl.a. også vil afhænge af en persons kompetencer. En persons tiltro til egne evner ses som afgørende for, om ved kommende 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.

På denne baggrund blev der udviklet patient programmer, som retter sig netop mod tilegnelsen af kompetencer i en mestring-baseret forståelsesramme. Underliggende for træning i mestring er observeret læring; deraf fokus på rollemodeller og ligemandsprincippet, erfaring; udmøntet gennem konkrete handlingsplaner med opnåelige målsætninger, social støtte; baseret på god gruppedynamik, hvor man møder ligesindede og modtager konstruktiv feedback samt øger sit netværk.

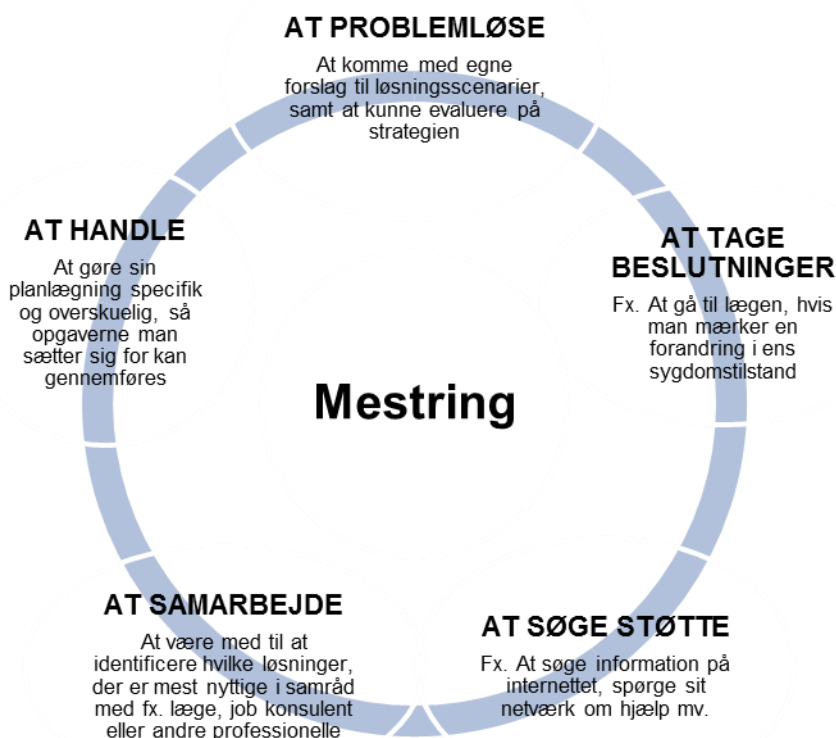
På kurserne arbejdes der derfor systematisk med at øge borgernes mestring i forhold til at håndtere sygdom og symptomer. Dette gør man ved at anvende følgende metoder:

- 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

4.1.2 Stanford-modellen og LÆR AT TACKLE

Stanford-modellen bygger på den ovenstående teoretiske antagelser, hvor *øget* mestring er helt centralt for egen håndtering af sygdom. På det amerikanske kursus arbejder man med udvikling af færdigheder, som involverer handleplaner, problemløsning, afslapningsteknikker og modelindlæring, hvilket afspejles i at blive undervist af instruktører, som selv har været ramt af langvarig sygdom samt at opleve social støtte gennem gruppearbejde. Kurset lægger også op til, at der sker en kognitiv proces i form af ny forståelse af et liv med sygdom, sundhed og kompetence – altså at den enkelte deltager gen-evaluere sin opfattelse af sig selv. Self-management i denne sammenhæng omhandler personens oplevelse af selvstændiggørelse, troen på egne evner, at opbygge ny viden og færdigheder, samt evnen til at udvise problemløsnings-adfærd og beslutningstagning. Personen skal i løbet af kurset selv definere hans/hendes udfordringer og gennem øvelser lære at mestre disse udfordringer, og ved at tage udgangspunkt i den udfordring som personen selv har defineret, lægger man også ansvaret tilbage til personen. Gennem de seks kursusgange er det målet, at personen oplever at kunne problemløse, lave handleplaner, kommunikere åbent om udfordringerne relateret til sygdom og sygdomshåndtering og sidst, men ikke mindst at deltageren tør tro på, at han/hun har troen på, evnen og netværket, der skal til for at nå et mål (imødekomme en udfordring). Der er 10-15 deltagere per hold, og de mødes 1x ugentligt i ca. 2 ½ time ad gangen over 6 uger. Den danske model *LÆR AT TACKLE* kurserne lægger sig tæt op ad Stanford-modellen, både i antal af kursusgange og indhold. *LÆR AT TACKLE* kurserne har været afprøvet i Danmark gennem flere år, og *LÆR AT TACKLE job og sygdom* bygger således oven på den viden, der allerede eksisterer, omkring de danske programmer. *LÆR AT TACKLE job og sygdom* har været afprøvet i en pilotfase, med gode resultater, og er efter afprøvningen justeret og tilpasset danske forhold. I [figur 1](#) ses de grundlæggende færdigheder, som der arbejdes med i kurset.

Figur 1. Kernefærdigheder i LÆR AT TACKLE job og sygdom



4.1.3 Konsekvenser ved langvarig eller kronisk sygdom

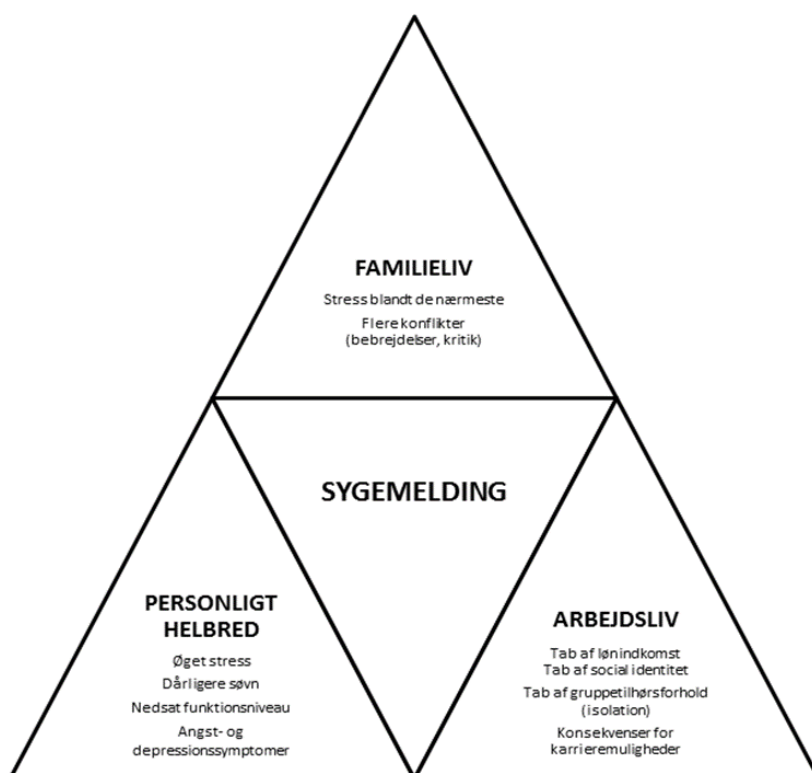
Langvarig sygdom påvirker en persons arbejdsliv, ofte i form af en sygemelding. Netop i forbindelse med sygemelding fra arbejde pga. langvarig eller kronisk sygdom har en svensk undersøgelse fundet, at personer, der er sygemeldte, rapporterer mange negative konsekvenser ved deres sygemelding (Sieurin, Josephson, & Vingård, 2009a). De fandt bl.a., at især mindre lønindkomst, begrænsninger i forhold til fremtidige karrieremuligheder, mulighed for jobskifte samt isolation i form af en følelse af manglende gruppetilhørsforhold til sine kolleger, var blandt de primære negative konsekvenser ved sygemeldingen (ibid.). Desuden fandt de, at sygemeldte (på tværs af årsager til sygemeldingen) rapporterede reduceret arbejdsgejst som følge af sygemeldingen (ibid.). Et kvalitativt studie af en gruppe langtidssygemeldte kvinder fandt, at en langvarig sygemelding skabte en negativ spiral i forhold til at fastholde en sygdomsrolle (Ockander & Timpka, 2001). Specifikt rapporterede kvinderne, at de oplevede, at deres langvarende sygemelding skabte andre (nye) problematikker, såsom øget inaktivitet og øget isolation, hvilket til gengæld skabte yderligere (følelsesmæssig) smerte, øget rastløshed, nedtrykthed, stress (Gustafsson & Marklund, 2011). Idet arbejde optager en central del af menneskers liv, spiller arbejde derfor ofte en vigtig rolle for en persons sociale identitet. En sygemelding vil dermed også indvirke på en persons sociale identitet (Walker, 2010). Med en langvarig sygemelding sker der en 'afbrydelse' af ens arbejdsliv, hvilket har konsekvenser for ens sociale identitet (ibid.). Ofte vil ens tidligere sociale identitet i stedet blive afløst af en ny, uønsket identitet som "langtidssygemeldt", "svag", "ubrugelig", "værdiløs" (Ockander & Timpka, 2001; Walker, 2010). Ud over de beskæftigelsesrelaterede faktorer der påvirkes negativt af langvarig sygdom, er dét at skulle leve med en langvarig sygdom en overvældende og livsomvæltende begivenhed, som typisk påvirker en person i alle livsaspekter med mange negative konsekvenser (Bishop, 2005). Undersøgelser viser, at langvarig sygdom påvirker livskvaliteten negativt (ibid.). Dette er, fordi langvarig sygdom har negative konsekvenser på en lang række områder, bl.a. forringet søvnkvalitet (Katz & McHorney,

2002) og nedsat fysisk funktionsniveau (Katon & Ciechanowski, 2002). Endvidere har langvarigt syge personer øgede angst- og depressionssymptomer sammenlignet med personer uden langvarig sygdom (Katon, Lin, & Kroenke, 2007; Sharpe & Curran, 2006).

Ydermere er det ikke kun personen selv, der lever med sygdommen, som bliver påvirket af langvarig sygdom. Også denne persons familie og andre nære personer påvirkes. Bl.a. har undersøgelser vist, at pårørende til personer med langvarig sygdom også oplever symptomer på stress, angst og depression (Hickman Jr. & Douglas, 2010; Holt et al., 2016). Ofte kan langvarig sygdom i familien medføre et øget konfliktniveau, hvor bl.a. kritik, bebrejdelser og uoverensstemmelser kan påvirke den fysiske og psykologiske tilpasning til langvarig eller kronisk sygdom negativt (Weihs, Fisher, & Baird, 2002).

I nedenstående model (se figur 2) er de potentielle negative konsekvenser af langvarig eller kronisk sygdom illustreret. Med de adskillige negative konsekvenser som langvarig sygdom kan føre med sig, understreges vigtigheden af at iværksætte effektive tilbud til personer med langvarig sygdom mhp. at øge deres sygdomstilpasning. Derved mindske de negative konsekvenser af sygdommen, herunder at styrke deres tilknytning til arbejdsmarkedet, da en sygemelding opleves som en vigtig negativ konsekvens af langvarig sygdom (Sieurin, Josephson, & Vingård, 2009b).

Figur 2. De potentielt negative konsekvenser ved langvarig eller kronisk sygdom



Modellen illustrerer de adskillige livsaspekter, som kan påvirkes negativt af langvarig sygdom, primært med udgangspunkt i individet. Der er imidlertid også negative konsekvenser ved langvarig sygdom for samfundet. I 2012 udgjorde de offentlige udgifter til forsørgelse af sygedagpengemodtagere knap 14 milliarder kroner (Sieling-Monas, 2015). Således er der især økonomisk et stærkt incitament for at nedbringe antallet af borgere, som modtager sygedagpenge set fra et samfundsmæssigt perspektiv (ibid.). Netop derfor synes *LÆR AT TACKLE job og sygdom* at være et oplagt tilbud.

Kurset sigter mod at lære borgere at håndtere negative konsekvenser ved deres langvarige sygdom og at gøre dem mere parate til at vende tilbage i arbejde. Dette gøres ved at styrke egenomsorg og handlekompetence. Egenomsorg forstås her som evnen til at hjælpe sig selv og handlekompetence som strategier til at håndtere en hverdag med sygdoms.

Kursusprogrammet tager som nævnt afsæt i en række grundantagelser om, hvordan menneskers tro på egne evner fremmes gennem henholdsvis tilegnelse af færdigheder, ved at bruge rollemodeller, ved at finde nye årsager til symptomer og gennem gruppens sociale effekt. Desuden lægges der vægt på ligemandsprincippet om, at både instruktører og kursister har kendskab til de udfordringer, langvarig sygdom medfører i forhold til tilbagevenden i arbejde. Derfor er underviserne mennesker, der selv har stået i en lignende situation som kursisterne, dvs. at have langvarig sygdom og udfordringer med at komme tilbage i arbejde. De bliver uddannet til instruktører gennem et 4-dages kursus (se næste afsnit *Instruktør uddannelsen*) og et efterfølgende supervisionsforløb, hvor deres undervisning overværes og evalueres. Der lægges desuden stor vægt på deres funktion som rollemodeller.

4.2 INSTRUKTØR UDDANNELSEN

Mange af de kursister der selv har været deltager på et *LÆR AT TACKLE* kursus eller medarbejdere (konsulenter) i kommunen, som arbejder med forskellige befolkningsgrupper enten i sundhedssektoren eller i jobcenteret ønsker selv at blive instruktører. For at kunne blive instruktør skal man godkendes af sin kommune for at få tildelt en plads på en instruktøruddannelse, som udbydes af Komitéen for Sundhedsoplysning. I nedenstående figur 3 ses de muligheder instruktørerne har for grunduddannelse, tillægsuddannelse og sidst en masteruddannelse.

Figur 3. Illustration over uddannelsesmulighederne for instruktører i *LÆR AT TACKLE* kurser



Instruktøruddannelsen er et praktisk 4-dages kursus, hvor du uddannes i at undervise på et af de fire *LÆR AT TACKLE* kurser. Kandidaten vil blive præsenteret for alle de aktiviteter, som den valgte kursusretning indeholder. Undervejs får kandidaten også selv lov til at undervise og modtager efterfølgende konstruktiv kritik fra medkursister og kursusledere. Endvidere undervises der i håndtering af gruppekonflikt. Har kandidaten fulgt hele kurset og deltaget aktivt, opnår denne en certificering i at kunne undervise på én af *LÆR AT TACKLE* kurserne.

Tillægsuddannelsen er en 2-dages tillægsuddannelse for certificerede *LÆR AT TACKLE*-instruktører, som gerne vil kunne undervise på flere kursusretninger. På tillægsuddannelsen introduceres kandidaten til den nye kursusretning, som der ønskes opkvalificering til. Via undervisningsøvelser der gives feedback på, trænes aktiviteter, der har særlig relevans for det valgte kursus.

Metodetræning er for uddannede instruktører, der ønsker sparring og ny inspiration til deres undervisning eller en genopfriskning af kursernes vigtigste selvhjælpsredskaber: HANDLEPLAN, PROBLEMLØSNING og AT TRÆFFE BESLUTNINGER. Udgangspunkt for at deltage på metodekurset er ønsket om at genopfriske programmets pædagogik og fremgangsmåder. Desuden lyst til at bidrage med eksempler fra 'virkeligheden' og komme med input til hvorledes en given problemstilling evt. kan løses. Kurset er for alle – både nye og mere erfarne instruktører – som underviser på *LÆR AT TACKLE* kurserne. Komiteen for Sundhedsoplysning anbefaler instruktører at deltage i metodetræning forud for revurderingen, som sker hvert 2. år. Således kvalitetssikres at instruktørerne er opdaterede og modtager supervision i form af revurdering og fortsat metodetræning. Derudover er der altid to instruktører på hvert kursushold, som sparrer med hinanden.

Masterinstruktøruddannelse kvalificerer til at kunne uddanne andre instruktører. Adgang til masterinstruktøruddannelsen kræver lang undervisningserfaring. Kurset ledes af to særligt kvalificerede instruktører, der er certificeret af Stanford Universitet. Gennem undervisningsøvelser og rollespil får deltagerne træning i at anvende instruktørmanualen, masterinstruktørmanualen og logbogen – tre centrale redskaber i instruktøruddannelserne. Man bliver undervist i principperne bag programmet. Desuden deltager man aktivt i drøftelser vedrørende implementering og drift af programmet.

4.3 GENNEMFØRELSE AF LÆR AT TACKLE JOB OG SYGDOM

I det følgende beskrives rammerne for gennemførelse af kurset, indhold og undervisningsmateriale. Da *LÆR AT TACKLE job og sygdom* er baseret på et manualiseret program, er det vigtigt at de grundlæggende principper overholdes – lige fra konkrete, praktiske forhold til specifikke øvelser i de enkelte undervisningsgange.

4.3.1 Rammer for kurset

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 instruktørkursus. Mindst én af instruktørerne er tidligere sygedagpengemodtager, der har formået at bevare sin tilknytning til arbejdsmarkedet trods en langvarig sygdom, og denne fungerer deraf som positiv rollemodel. Kurserne foregår som oftest ude i kommunerne i lokaler udlånt af job- eller sundhedscenteret. Instruktørerne er adviseret til *ikke* at anvende PowerPoints, men selv udforme Posters der kan hænges op, samt selv udforme de skemaer (som illustration) som kendetegner det tema, der arbejdes med i løbet af én kursusgang. Ligeledes er instruktørerne undervist i at bruge 'egne ord' og almindeligt dansk talesprog, så budskabet nemt kan forstås, og kursisterne herigennem kan relatere til egen situation, og til de eksempler instruktørerne kommer med. Samtidigt er det vigtigt, at kursisterne ikke får oplevelsen af, at der bliver læst op af en manual.

4.3.2 Indhold i kurset

Kursets formål er at uddanne deltagerne i at tage hånd om sig selv i forhold til deres sygdomstilstand og at lære at tackle udfordringer i forbindelse med job og sygdom gennem udvikling af selvhjælpsbaserede færdigheder. Disse færdigheder indbefatter at problemløse, at tage beslutninger, at handle, at søge støtte og at samarbejde. Opnåelse af disse færdigheder sker gennem anvendelse af en række konkrete redskaber, som kursisterne oplæres i. Disse er blandt andet rettet mod balancen mellem aktivitet og hvile, muskelafspænding, let fysisk aktivitet, kommunikation og kost. Der arbejdes også med temaer som vanskelige følelser, rigtig brug af medicin, håndtering af tristhed og nedtrykthed og håndtering af stress, psykisk og fysisk smerte og træthed (<http://www.patientuddannelse.info>, 2016). Deltagerne bliver også opfordret til at læse kursusmaterialet, det vil sige bogen *LÆR AT TACKLE job og sygdom* med vedlagt CD med øvelser (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2013).

Emnerne på kurset er blandt andre:

- At sætte mål – og nå dem

- Problemløsning
- Redskaber til håndtering af fysiske symptomer (træthed, smerte/ømhed, søvn og hvile etc.)
- Redskaber til håndtering af psykiske symptomer (fx 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
- 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 ved at delmålene skal være nemme at opfylde, realistiske, og inden for en kort tidshorison. De seks undervisningsgange er bygget op omkring 6 moduler, med instruktørguide (se figur 4).

Figur 4. Modulopbygning i LÆR AT TACKLE job og sygdom

Modul 1	Modul 2	Modul 3
<ul style="list-style-type: none"> • Introduktion til kurset • Gruprepræsentation • At bryde symptomcirklen • Introduktion til handleplaner • Afrunding 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduktion til feedback/problemløsning • Håndtering af stress • Pacing - balance mellem aktivitet og hvile • Kropsgennemgang • Udarbejdelse af handleplaner • Afrunding 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback • Håndtering af smerte og træthed • Fysisk aktivitet og humør • At træffe beslutninger • Udarbejdelse af handleplaner • Afrunding

Modul 4	Modul 5	Modul 6
<ul style="list-style-type: none"> • Feedback • Håndtering af vanskelige følelser • At tænke positivt • Sund kost • Fantasirejse • Udarbejdelse af handleplaner • Afrunding 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback • Håndtering af tristhed og nedtrykthed • Netværk • At finde kompetencer • Udarbejdelse af handleplaner 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback • God kommunikation • Tilbageblik • Mål for fremtiden • Afrunding og evaluering

4.3.3 Undervisningsmateriale

Undervisningsmaterialet er bygget op omkring a) en instruktørmanual b) en letlæselig håndbog udarbejdet til kur-

sisterne og c) en CD med kropsskanninger, fantasirejser og visualiseringsøvelser.

Instruktørmanualen er bygget op omkring fire kerne emner, som er grundlæggende for at opbygge den enkeltes evne til og tro på, at han/hun kan sætte sig et mål og nå det. Kerne emnerne er: *At opstille mål og nå dem via handleplaner og problemløsning, revurdering af symptomer, brug af rollemodeller og gruppedynamik*. De fire centrale emner er underliggende temaer i alle seks kursusgang – og bliver således introduceret, anvendt og genanvendt i relation til forskellige sygdomstemaer f.eks. stress, træthed, smerte, fysisk aktivitet og humør. Der er specifikke skemaer og øvelser til de enkelte kursusgange.

Håndbogen for kursisterne er tredelt således, at del I (kap. 1-4) omhandler de redskaber som kursisten skal anvende. Redskaber som er begrundet i de ovenstående 4 kerne emner med korte og tilgængelige forklaringer. Del II (kap. 5-10) handler om, hvordan kursisten kan lære at leve med sin sygdom på en bedre måde – her præsenteres konkrete øvelser og eksempler på, hvordan kursisten f.eks. kan udarbejde en handleplan i forhold til sygdomssymptomer. Ligeledes indeholder bogen skabeloner til skemaer, som kursisten selv kan udfylde og gemme til fremtidigt brug. Den tredje og sidste del af bogen handler om kursistens jobsituation (kap.11-13). Her anvendes de øvelser, som er blevet lært tidligere på kurset til at forberede kursisten til at kunne håndtere jobsøgning eller tilbagevenden til arbejdet.

CD'en består af 7 øvelser: 2 kropsskanninger, 4 fantasirejser og 1 visualiseringsøvelse. Disse øvelser er variationer i opmærksomhedsregulering og afspænding.

5 METODE OG FREMGANGSMÅDE

5.1 ANALYSEMETODE

Med henblik på at evaluere kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom* på baggrund af det indhentede data fra 17 semistrukturerede telefon interviews, anvendte vi en tematisk analysestrategi (Braun & Clarke, 2006). Formålet med nærværende undersøgelse er at evaluere på deltageres oplevelse af mulige virkningsmekanismer og kursisternes oplevelser af både effektfremmende og effekthæmmende faktorer, som kunne have indflydelse på om respondenterne profiterer af kursusdeltagelsen. Derfor ønskedes det at identificere mønstre i datasættet. Allerede her kan det noteres, at brugen af det *semi-strukturerede* interviewformat og det præ-definerede formål for evalueringen gør vores position aktiv i analysearbejdet, og dermed fremkommer de præsenterede temaer ikke uagtet vores teoretiske position (ibid). Dette er også bevæggrunden for en deduktiv tilgang til dataanalysen, da vi er interesseret i nogle bestemte tematikker. Desangående *niveauet* af analyse er udgangspunktet semantisk; altså at temaerne bliver udvalgt efter 'face value'. Dermed præsenteres en beskrivelse af mønstret eller de tematikker vi koder for. Hvorefter disse diskuteres efterfølgende, i relation til de kerneantagelser kurset hviler på. Dog er vi opmærksomme på, at vi på baggrund af denne metode rent faktisk foretager en analyse af data. Dette søges gjort ved ikke kun at kode efter bestemte svar på de vores undersøgelsesspørgsmål, men have det overordnede formål in mente, og så læse data og derfra stille spørgsmål der relaterer sig til formålet. Inden vi foretog den tematiske analyse, anvendte vi meningskondensering (Brinkmann, 2015).

Vi søgte derfor med det semistrukturerede at indhente information om deltageres egne perspektiver med henblik på at forstå temaer fra interviewpersonernes kursusoplevelser. Den konkrete bearbejdning skete ved hjælp af meningskondensering, som er en metode til at kondensere respondenternes oplevelser ned til meningsfulde enheder, som afspejler essensen af deltageres oplevelser (Brinkmann, 2015). Meningskondenseringen indebærer først en gennemlæsning af de 17 interviews for at skabe et helhedsindtryk af data. Dette for at opnå en fornemmelse af hvordan data fremtræder i sin helhed.

Derpå genlæste vi datamaterialet og udledte en række meningsenheder, som afspejlede deltagernes oplevelser ved at forkorte betydningerne af respondenternes udsagn til nogle 'korte' formuleringer.

Efterfølgende tog vi som nævnt en tematisk analysestrategi i brug ud fra en trin-for-trin guide. Vi startede således forfra med den tematiske analysestrategi. I nedenstående [tabel 1](#) vises en oversigt over trinene for en tematisk analyse ifølge Braun & Clarke (2006).

Tabel 1. Oversigt over faserne i Braun & Clarkes tematiske analysestrategi

Fase	Beskrivelse af processen
1. Lær data at kende	Transskriber data, læs og gen-læs data, notér idéer
2. Generer koder	Kod interessante mønstre på tværs af data, dog systematisk, indsamle data tilhørende hver kodning
3. Undersøg for temaer	Samle kodninger i potentielle temaer hvor al data kategoriseres under de potentielle temaer
4. Gen-undersøg temaer	Tjek at temaerne relaterer sig til de initiale kodninger (1) og hele datasættet (2), generer et tematisk overblik
5. Definér og navngiv temaer	Fortsat analyse og stratificering af de enkelte temaer, og den overordnede historie som analysen fortæller; herudfra udled navne og definitioner for temaerne
6. Udarbejd rapport	Den sidste mulighed for analyse. Udvælgelse af overbevisende eksemplificeringer, sidste analyse at det udvalgte attraherede data, tjek om det relaterer til undersøgelsesformålet

(Braun & Clarke, 2006)

5.2 UNDERSØGELSESDSIGN

5.2.1 Udvælgelse af respondenter

Selvom formålet med evalueringen var etableret, var der et ønske om, at deltagernes oplevelser skulle generes på tværs af grupper, hvis det var muligt (se *udvælgelseskriterier*). Dette kaldes også for 'criterion-i' sampling, som er en kategori af sampling, der hører til formålsrettet sampling (Palinkas et al., 2015). Criterion-i er relateret til inklusion, som nærværende undersøgelse har anvendt.

Undervejs i processen besluttede Komiteen for Sundhedsoplysning og Aarhus universitet at ændre antallet af personer der skulle interviewes. Det blev gjort på baggrund af, at den første estimering var lavet på grundlag af 1200 inkluderede deltagere i undersøgelsen, hvor det blev tydeligt i løbet af rekrutteringsperioden, at undersøgelsen ville ende med kun halvdelen af de oprindeligt beregnede 1200 deltagere (endeligt antal 689 deltagere). Oprindeligt grundlag:

"I den daværende protokol foreslås det, at der i alt foretages 24 interviews, 8 med personer der har haft effekt af kurset, 8 der ingen effekt har haft og 8 personer der slet ikke har været gennem et Lær at tackle forløb. Informanterne udvælges strategisk, så der sikres en ligelig fordeling af køn og alder".

Fremfor 8 personer der har effekt af kurset, 8 der ikke har effekt af kurset og 8 der ikke har gennemført, udvælges ca. 15 borgere til interview. Fremfor at det er et forudbestemt antal fra hver gruppe, vægtes antallet der skal interviewes i forhold til fordelingen af, hvor mange der oplever en effekt af kurset. F.eks. hvis 2/3 oplever positiv effekt af kurset, vælges 10/15,

som har positiv effekt af kurset, og 5/15 som ingen effekt har til at blive interviewet. Således at informanternes besvarelse repræsenterer den reelle effekt af *LÆR AT TACKLE job og sygdom* kurset. I tilfælde af, at kun meget få har effekt/næsten alle har effekt af Lær at tackle job og sygdom kurset, sikres det dog, at mindst 5 informanter fra hver gruppe inkluderes. I *LÆR AT TACKLE job og sygdom* defineres effekten ud fra termen 'livskvalitet'; målt ved WHO-5 spørgeskemaet omkring psykisk velbefindende.

Udvælgelseskriterierne er som følgende: ligelig fordeling af mænd og kvinder, jævn aldersfordeling, geografisk spredning, ikke mere end 2 informanter fra hver kommune, hvis det kan lade sig gøre, fuld -og delvis deltagelse i forløbet (6x).

5.2.2 Semistrukturerede interviewguide og tidspunkt for interviewet

De kvalitative data blev indhentet gennem telefoniske interviews på baggrund af en på forhånd udformet semistruktureret interviewguide (Bilag 1). Komiteen for Sundhedsoplysning og Aarhus Universitet besluttede i fællesskab, at ca. 15 borgere skulle udvælges til interview.

Det semistrukturerede interview er et planlagt, men fleksibelt interview, som blev anvendt til at stille fokuserede, men åbne spørgsmål, med henblik på at afdække respondenternes kursusoplevelser. Interviewene blev gennemført i september og oktober 2016, 7 til 16 måneder efter respondenternes deltagelse i kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom*. Det vil sige, at data blev indhentet retrospektivt. Årsagen hertil findes i stratificeringen af respondenterne (formålsrettet sampling). For eksempel blev der valgt respondenter fra både den yngre, midaldrende og ældre generation (20, 41 og 60 år). Derudover blev der både udvalgt mænd og kvinder, ligesom man forsøgte at repræsentere så mange kommuner (hold) som muligt, såvel jyske som sjællandske. Desuden havde de udvalgte respondenter rapporteret forskellige grader af målt forandring på selvrapporteret livskvalitet (WHO-5) ved den afsluttende opfølgning 6 måneder efter kursusstart, med et spænd som gik fra lav til ingen eller stor forandring. Ud fra disse kriterier er det søgt at gøre respondentgruppen eller datagrundlaget så heterogent som muligt.

Fire interviewere foretog alle de semistrukturerede interviews. De inkluderede respondenter blev kontaktet telefonisk af en forskningsassistent, som var oplært i den semistrukturerede interviewguide, samt havde kendskab til undersøgelsen. Respondenter blev efter aftale ringet op til det semistrukturerede interview, som var af en varighed på 30-50 min. Interviewene foregik telefonisk. Alle interviews blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. De transskriberede interviews blev fulgt op af en gennemlæsning af den forskningsassistent, der havde fortaget det pågældende interview og eventuelt suppleret med kvalitative informationer. Her blev det blandt andet noteret, hvis respondenter havde betonet en sætning særligt meget, hvis respondenter havde udtalt sig tøvende, eller hvis udtalelsen var særligt rammende for interviewet. Denne information bidrog i den efterfølgende databearbejdning til at forstå, om nogle udtalelser var mere centrale for deltagerens kursusoplevelse end andre.

5.2.3 Telefonisk interview

Når man vælger telefoniske interviews, er der risiko for, at nogle respondenter ikke er interesseret i at deltage, da det kan være svært at høre spørgsmålene, eller det virker 'upersonligt' og grænseoverskridende at skulle besvare spørgsmål fra en stemme 'i den anden ende af røret'. Selve samtalen vanskeliggøres af den begrænsede interaktion (Brinkmann, 2015). Samtidigt har det ikke været muligt at opfange nonverbale cues, der kunne have givet interviewer indikationer omkring oplevelserne af kurset, som der blev spurgt ind til.

5.3 FORSKNINGSETIK OG ANONYMITET

Ud af den pulje vi havde defineret som mulige respondenter, som levede op til de udvælgelseskræterier, der tidligere er beskrevet, kontaktede vi deltagerne per telefon og spurgte om lov til at henvende os vedrørende et semistruktureret telefoninterview. Hvis de indvilligede (samtykkede mundtligt) aftalte vi et nyt tidspunkt, hvor det passede dem bedst, at vi foretog interviewet. Interviewer indtalte på diktafonen et ID nr., og kun hvis respondenteren nævnte sit eget navn, blev det optaget – i transskriptionen blev alle navne slettet inklusive interviewers. Lydfil og transskriptioner opbevares på et sikkert drev, og der findes ingen nøglefil. Efter stratificeringen af mulige respondenter blev dokumentet makuleret og fil slettet. Respondenterne får ikke tilsendt rapporten, men når denne offentliggøres, vil den være tilgængelig på Komitéen for Sundhedsoplysningens hjemmeside. Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet, samt præ-registeret hos clinicaltrials.gov (se **Indledning** for registrering).

5.4 REKRUTTERING TIL LÆR AT TACKLE JOB OG SYGDOM UNDERSØGELSEN

5.4.1 Deltagende kommuner

I samarbejde med Komitéen 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.

5.4.2 Deltagere

Rekrutteringen af deltagerne foregik hovedsageligt på jobcentrene i de enkelte kommuner af jobkonsulenter eller sagsbehandlere. Deltagerne rekrutteredes (jf. nedenstående inklusions- og eksklusionskræterier) fortrinsvist blandt de sygedagpengemodtagere, der var tilknyttet de jobcentre og sundhedscentre, som indgik i evalueringen. Sagsbehandlere med kontakt til målgruppen blev uddannet af Komitéen 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. Derudover blev der udleveret både en guide og tjekliste, samt en guide til mundtlig information til koordinatoren også. 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 sygedagpengeydelsen, 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. I begge tilfælde blev der udleveret skriftligt materiale 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, 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 allokering, 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.

5.4.3 Forsamtalen

I jobcenterne 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

6 UNDERSØGELSENS RESULTATER

I følgende afsnit præsenteres resultaterne fra den tematiske analyse af de 17 semistrukturerede telefoninterviews. I præsentationen følges Braun & Clarkes (2006) faseinddelte analysestrategi. Inden da foreligger en kort beskrivelse af respondenterne samt de overordnede temaer, der blev spurgt ind til ved det semistrukturerede interview (se [tabel 3](#)). Formålet med den kvalitative evaluering af kurset Lær at tackle job og sygdom er at undersøge deltagerens oplevelse af mulige virkningsmekanismer, herunder konkrete faktorer der kan virke effektfremmende, samt hvilke effekthæmmende faktorer der kan opleves som eventuelle barrierer for at profitere af kursusdeltagelsen.

6.1 BESKRIVELSE AF RESPONDENTERNE

Der var 12 kvinder og 5 mænd repræsenteret, hvilket stemmer overens med undersøgelsens repræsentation af køn. Aldersspredningen var 31 – 60 år, svarende til en gennemsnitsalder på 41 år. I 12 ud af de 17 cases var årsagen til sygemelding fysisk betinget, og i 5 cases var årsagen psykisk betinget (stress, angst, depression). Alle informanterne havde fuldført kurset, svarende til at de max havde haft 2 fraværs gange ud af de 6 kursusgange. Ud fra de førnævnte udvælgelseskriterier præsenteres en tabel over respondenterne (se [tabel 2](#)). 'Tilfredshed samlet set', 'Udbytte' og 'Passede kurset til dit behov' er spørgsmål fra spørgeskema 2, som blev udleveret kort tid efter kurset var afsluttet. På baggrund af følgende udvælgelseskriterier havde vi 34 borgere at vælge imellem: Ligelig fordeling af mænd og kvinder, jævn aldersfordeling, geografisk spredning, ikke mere end to respondenter fra hver kommune, samt fuld- og delvis deltagelse i forløbet (6x). Af disse ønskede nogle ikke at deltage (3), nogle svarede ikke på vores henvendelser (2), og en person var afgået ved døden. Ud fra vores stratificeringer blev det endelige antal respondenter således 17.

Tabel 2: Oversigt over respondenter

ID	Køn	Alder	Overordnet årsag til sygemelding	Specifik årsag til sygemelding	Fravær antal gange*	Tilfredshed samlet set	Udbytte	Passede kurset til dit behov?
53	Kvinde	44	Lidelse i bevægelsesapparatet	Muskelflemning i højre skulder	1		Slet ikke	Slet ikke
54	Kvinde	58	Psykisk	Stress	1	Meget tilfreds	I høj grad	I høj grad
82	Kvinde	39	Psykisk	Stress	1	Tilfreds	I høj grad	I høj grad
173	Mand	44	Akut tilskadekomst/ulykke	Smerter i nakke, skuldre, ryg	1	Tilfreds	I høj grad	I høj grad
240	Kvinde	41	Psykisk	Svær angst	2	Meget tilfreds	I meget høj grad	I høj grad
304	Mand	32	Lidelse i bevægelsesapparatet	Rygsmerteslid	2	Hverken tilfreds eller utilfreds	I nogen grad	I nogen grad
327	Kvinde	31	Anden fysisk årsag	Addison	1	Utilfreds	Slet ikke	Slet ikke
361	Mand	49	Lidelse i bevægelsesapparatet	Frossen skulder	0	Meget tilfreds	I meget høj grad	I meget høj grad

369	Kvinde	51	Fysisk	Rodleds-artrose i tommelfinger	0	Utilfreds	I nogen grad	I høj grad
401	Mand	56	Lidelse i bevægelsesapparatet	Kroniske tennisalbuer og slidgigt i skulder	0	Meget tilfreds	I meget høj grad	I meget høj grad
404	Kvinde	33	Psykisk	Stress og svær depression	1	Meget tilfreds	I høj grad	I høj grad
415	Mand	20	Lidelse i bevægelsesapparatet	Lumbal diskusprolaps	0	Tilfreds	I høj grad	I høj grad
444	Kvinde	53	Fysisk	Multipel Sklerose	1	Tilfreds	I nogen grad	I nogen grad
548	Kvinde	30	Psykisk	Stress og depression	0	Hverken tilfreds eller utilfreds	Slet ikke	Slet ikke
559	Kvinde	58	Lidelse i bevægelsesapparatet	Smerter i skulder, arm og fod	0	Utilfreds	Slet ikke	Slet ikke
607	Kvinde	60	Lidelse i bevægelsesapparatet	Dårlig skulder/nakke	0	Meget tilfreds	I høj grad	I høj grad
657	Kvinde	50	Lidelse i bevægelsesapparatet	Rygsmarter	0	Tilfreds	I høj grad	I nogen grad

*Antal gange deltager har være fraværende ud af de i alt 6 fremmøde gange.

6.2 DATAGRUNDLAG

Det semistrukturerede interview bestod af 5 overordnede temaer – for specifikke spørgsmål (se *bilag 1*). Alle interviews blev transskriberet. Antallet af ord per interview varierede fra 3.025 til 9.292, og der var således stor varians af mængden af ord i de enkelte interviews. Vi antog dog ikke, at det havde betydning for kvaliteten af data i de enkelte datasæt. Ligeledes var der forskel på varigheden af interviewene (30-50 min.). Her kunne det f.eks. illustrere forskel på hastigheden af tale, og varighed influerede ikke nødvendigvis på brugbarheden af interviewet. Dog er der forbehold i relation det manglende *partnerskab* i samtalen ved et telefonisk interview. Dette vil dog blive diskuteret i afsnittet om *Metodemæssige overvejelser*. Nedenstående gives en oversigt over de temaer de semistrukturerede interview indeholdte (se *tabel 3*).

Tabel 3. Oversigt over temaer i den semistrukturerede interviewguide

Tema
Om sygemeldingen
Om kurset
- <i>Forventning og deltagelse</i>
- <i>Instruktørerne</i>
- <i>Undervisningsmaterialet</i>
Om rammerne
- <i>Gruppen</i>
- <i>Mødet med andre</i>
- <i>Varighed, lokaler mv.</i>

Udbytte
- Virkningsmekanismer
- Forandring
Andet

6.3 FASE 1: AT LÆRER DATASÆTTET AT KENDE

I denne første fase var vi to personer (NTM og YF), der, hver for sig, læste og genlæste de transskriberede interviews inklusiv de kommentarer, som hver interviewer havde tilføjet dokumentet efter transskribering. Kommentarerne kunne centrere sig omkring verbale cues: at respondenterne lød søvrig, nervøs eller fortravlet, eller stemning: f.eks. interviewerens oplevelse af, at respondenterne sukede, virkede meget energisk, vred, eftertænksom eller overbevisende i stemmen – alt i alt, kommentarer der gengiver nogle af de cues, der ellers ikke kommer tydeligt frem i transskriberingen. Transskriberingerne blev udarbejdet indenfor 4 dage efter, at interviewet blev foretaget og derefter gennemlæst af intervieweren, dels for at interviewer kunne supplere med information, men også for at øge validiteten af interviewet. Gennemlæsningen var således både et bidrag til en 'rigere' transskribering, men også en 'kontrolinstans' for, at det data der var transskriberet, var det selvsamme data, som lydfilen indeholdte. At der kunne gå op til fire dage inden intervieweren havde mulighed for at læse den transskriberede interview betyder, at der kan være noget information omkring interviewet, der er gået tabt.

De første gennemlæsninger efterlod os med nogle indtryk af: *at kurset havde været godt, respondenterne vil gerne tale om kurset, selvom det for nogle af dem er lang tid siden, de har været deltagere på kurset. Der bliver talt om instruktørernes rolle, social støtte, accept, barrierer og gruppedynamik samt en smule om betydningen af kurset for respondenternes sygdomsforløb/arbejdssituation.*

6.4 FASE 2: BEGYNDENDE MØNSTRE EFTER FØRSTE KODNING

I denne fase påbegyndte vi ud fra vores første fornemmelser af interviewdata at formulere mulige kodninger genereret på baggrund af vores 'teoretiske' ståsted og formålsbeskrivelse. Således organiserede vi *manuelt* data i grupperinger, der gav mening for os. Det var gennem enighed mellem NTM og YF, at kodningerne blev genereret, derfor var der i første omgang mange specifikke kodninger, da vi ikke ville 'udelade' eventuelle mønstre. Det betød dog, at mange uddrag konvergerede med hinanden, selvom de blev attraheret jf. forskellige kodninger. I nedenstående [tabel 4](#) vises eksempler på kodninger og dertilhørende uddrag fra data. Vi systematiserede data således at 'ID nr.' stod efter et uddrag.

Tabel 4. Eksempler på kodninger

Kodning (tale om...)	Uddrag
Om mine meddeltagere på kurset	<i>Ja, jeg synes faktisk alle sammen hver især, vi bidrog med noget til gruppen. Der var flere, der var sådan: "Det kunne jeg faktisk også prøve at gøre". For eksempel det der med bare at gå en tur hver dag på ti minutter i stedet for at tænke, at man ingenting kan. Så har man også lige været ude. Så hver især bidrog med noget til gruppen. Det kan godt være, at ikke alle kunne bruge det, men så var der en enkelt eller to, som kunne bruge det, så alle var med til at gøre noget godt for gruppen.</i>
Rammer for kurset	<i>Jamen altså, hvis man havde siddet alene med sådan en instruktør der, så havde man slet ikke kommet rundt, og gruppestørrelsen den passede lige nøjagtig - jeg tror vi var</i>

	<p>otte eller tolv - den passede lige nøjagtigt, for havde vi nu været 24 mennesker, så er jeg ikke sikker på, at folk de ville åbne sig sådan. Fordi vi var nede i en størrelse, hvor selv folk med angst turde fortælle om deres angst.</p> <p>Ja, sådan en 10-12 stykker til sådan et kursus var passende. For så kan man snakke alle sammen, og man kan blive hørt, og alle kan være med. Det havde været værre med 20-25 stykker. Så falder man jo halvvejs i søvn. Så jeg vil sige, at det er et godt antal. Også når man skal i små grupper og lave noget.</p>
Instruktørerne som rollemodeller	<p>Jamen de har jo også lidt selv prøvet det på egen krop, ikke. Den ene havde selv noget smerte at bøvle med, og den anden var pårørende til én. Så de kendte jo også til det.</p> <p>Ja, det betød meget, at fordi de vidste jo godt at hvis jeg snakkede om okay jeg kommer den her fredag, men jeg har altså kun fået to timers søvn eller sådan et eller andet, fordi jeg har gået rundt og haft ondt, så vidste de jo godt hvad jeg snakkede om, for de havde jo selv prøvet og have det der.</p>
Bruger jeg handleplaner	<p>Ja, og så også det der med at få delt hverdagens opgaver lidt mere op, så man ikke gør hele huset rent på én dag og så er smadret tre dage bagefter, men ligesom får det delt ud. Lave et skema: I dag gør jeg det og det. Og at tjekke dagsformen når man står op om morgenen. Hvordan har jeg det i dag? Lige mærke efter og så få lavet en arbejdsplan for dagen. Strukturere ens hverdag.</p>
Hvordan har jeg det nu (trivsel)	<p>Ja, men det er meget lang tid siden, jeg har brugt dem, for nu er jeg jo begyndt at læse, og så ryger de i baghovedet. Men jeg synes, jeg blev mere positiv på det kursus. Og nogle af de ting, der gjorde, at jeg blev mere positiv, har jeg jo brugt senere hen.</p>
Hvad er der sket siden jeg startede på kurset og til nu	<p>Det var jo det der med at få snakket om, at man kunne noget før, og så kan man noget andet nu. Det er ikke nødvendigvis det samme, men man kan godt have et godt liv alligevel. For på et tidspunkt havde jeg et rigtig stort problem med at lægge tøj sammen, og det red mig som en mare, for det har altid været vigtigt for mig, at mit tøj var lagt ordentligt sammen. Det var udfordrende for mig, for jeg kunne blive så rasende over, at jeg for fanden ikke kunne lægge det tøj sammen på den ordentlige måde, jeg gerne ville have det. Men så prøvede jeg ligesom at sætte noget andet i stedet.</p>
De andre forstår mig	<p>Vi kom med hver vores sygdom og erfaring og kunne snakke med hinanden omkring, at jeg har oplevet sådan og sådan. Nogle gange kunne man tænke, at det oplever jeg også, og andre gange tænkte man, at det har jeg heldigvis ikke, men så har jeg nogle andre ting at døje med. Så det var en rigtig god gruppe, hvor vi kunne snakke med hinanden om, hvad der gjorde sig gældende med hver vores sygdom.</p> <p>Det var dejligt, for når man får sådan en kronisk sygdom, og det hele vælter, og man ingenting kan, så føler man virkelig, at man er alene i verden, og at der ikke er nogen, der forstår én. Og der var flere, der sagde til mig, at jeg simpelthen var for ung, og at jeg skulle tage mig sammen</p>

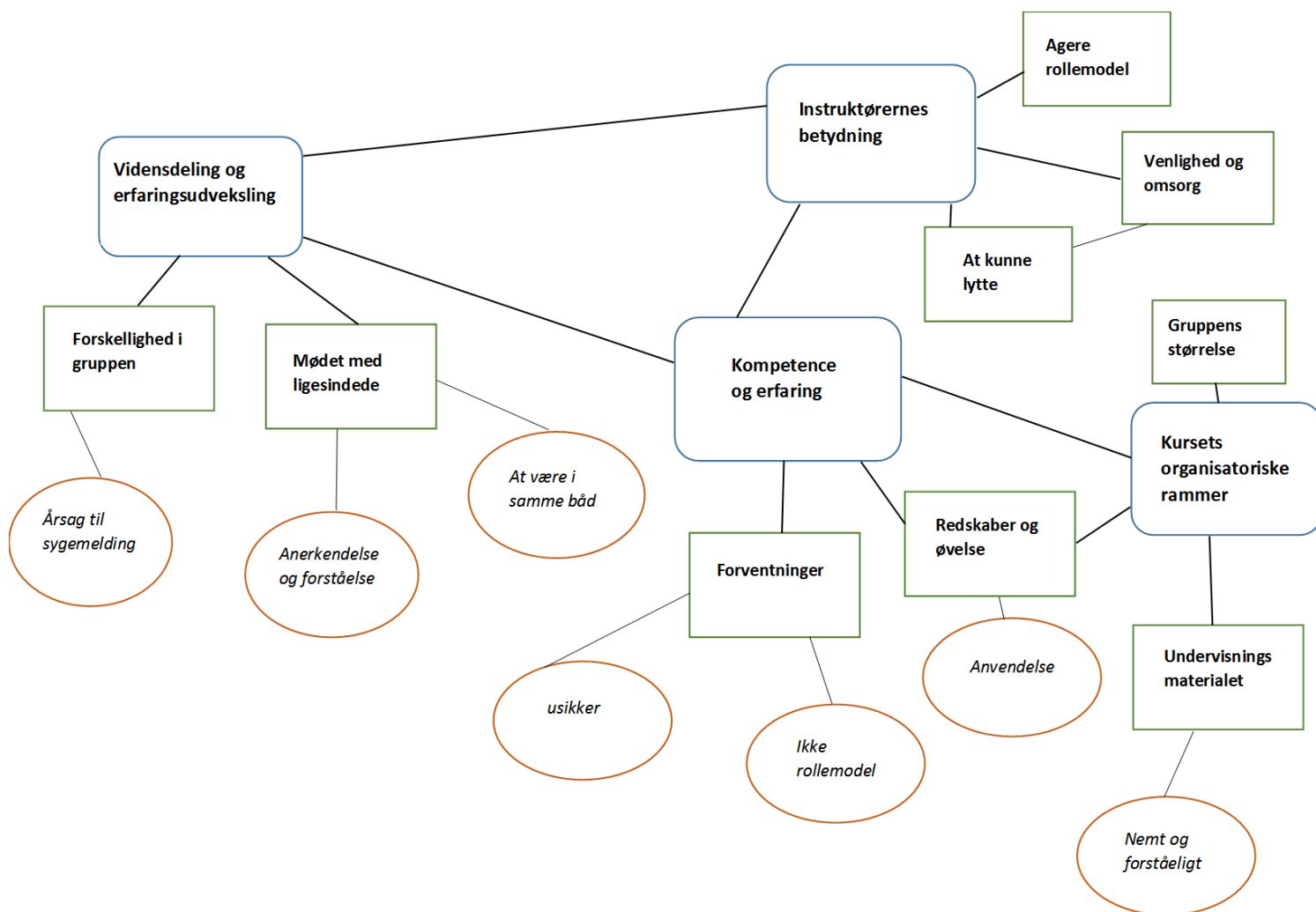
	<p>og gøre noget. Når man så kommer ud og møder andre ligesindede [...], det kan godt være, vi ikke havde samme sygdom, men så havde de en anden kronisk sygdom eller noget andet, som gjorde, at de var sygemeldte og ikke kunne arbejde, det var rigtig rart, for så stod man lige pludselig ikke alene, og man kunne dele nogle følelser og tanker med andre, som man egentlig ikke rigtig kunne dele med andre. For hvis man sad og sagde nogle ting og fortalte om, hvordan man havde det indeni med alle de smerter, så siger andre: "Ja, så slap dog af. Det er fordi, du ikke laver noget, så får du flere smerter i kroppen". Og så tænker man bare, at det er altså ikke derfor.</p>
Jeg kender min egne grænser (bedre)	<p>Jaja! Altså når jeg har været ude og gå med min hund for eksempel eller sådan noget, så lægger jeg mig, eller hvis - nu er jeg i praktik lige i øjeblikket, så er det fint at lige lægge sig ned. Ungerne ved godt at, nå men jeg skal lige ligge ned, når jeg kommer hjem, og det er rigtig fint at lige få det der, at man er aktiv, men man har også lige behov for at hvile sig.</p>
Har jeg lært noget	<p>Ja. Fordi det er kurset, der gjorde, at jeg lytter til de signaler, jeg får. For jeg får jo altid en advarsel, og så kan jeg vælge at høre den, eller jeg kan overhøre den. Og jeg har tilstrækkeligt mange gange valgt at overhøre den, og så går det bare helt galt, altså. Og ved nu bare at acceptere min situation, så kan jeg også acceptere, når jeg får den der advarsel.</p> <p>Jamen, jeg har aldrig sygemeldt mig, medmindre jeg nærmest har brækket en arm. Det lyder også voldsomt, men for eksempel har jeg efterfølgende, selvom jeg er kommet på fuld tid, så har jeg taget fri efterfølgende, hvis jeg følte, at nu er der lige en dag, hvor jeg ikke kan. Der har jeg i hvert fald i den første periode tilladt mig at tage en sygedag. Hvor jeg tænkte, at det da er bedre at tage en dag end at gå ned igen.</p>
Utilfreds	<p>Det gjorde de. Også så meget, at de var urealistiske. Den ene instruktør havde selv noget sygdom, som gjorde, at når hun skulle ud og arbejde et sted, så skulle hun have overnatning med. Og der mente hun, at det var meget nemt at finde en arbejdsgiver, som gerne vil betale for en ekstra overnatning for hende. Eller at hun havde ekstra pauser eller sådan noget. Hun snakkede om det, som om det slet ikke var et problem.</p> <p>Nej, der var ikke plads til, at vi ligesom førte nogle samtaler. Det kunne vi gøre, hvis vi kom før, eller hvis der var en fem minutters pause. Men vi kunne have fået rigtig meget ud af hinanden, hvis der ligesom havde været luft i skemaet til det også. At kunne dele hinandens erfaringer i stedet for bare at høre oplæsning fra en bog.</p>

6.5 FASE 3: MULIGE TEMATIKKER

Efter at have fået overblik over de mange mulige mønstre, der på baggrund af vores kodninger blev synlige for os, søgte vi nu at analysere mønstrene med henblik på mulige tematikker. Mønstrene interagerede stærkt med hinanden og ud fra

mønstrenes forbundenhed, observeredes grupper af temaer. I [figur 5](#) vises den begyndende proces på tematisk mapping med de første tematikker ud fra fase 2 kodningerne.

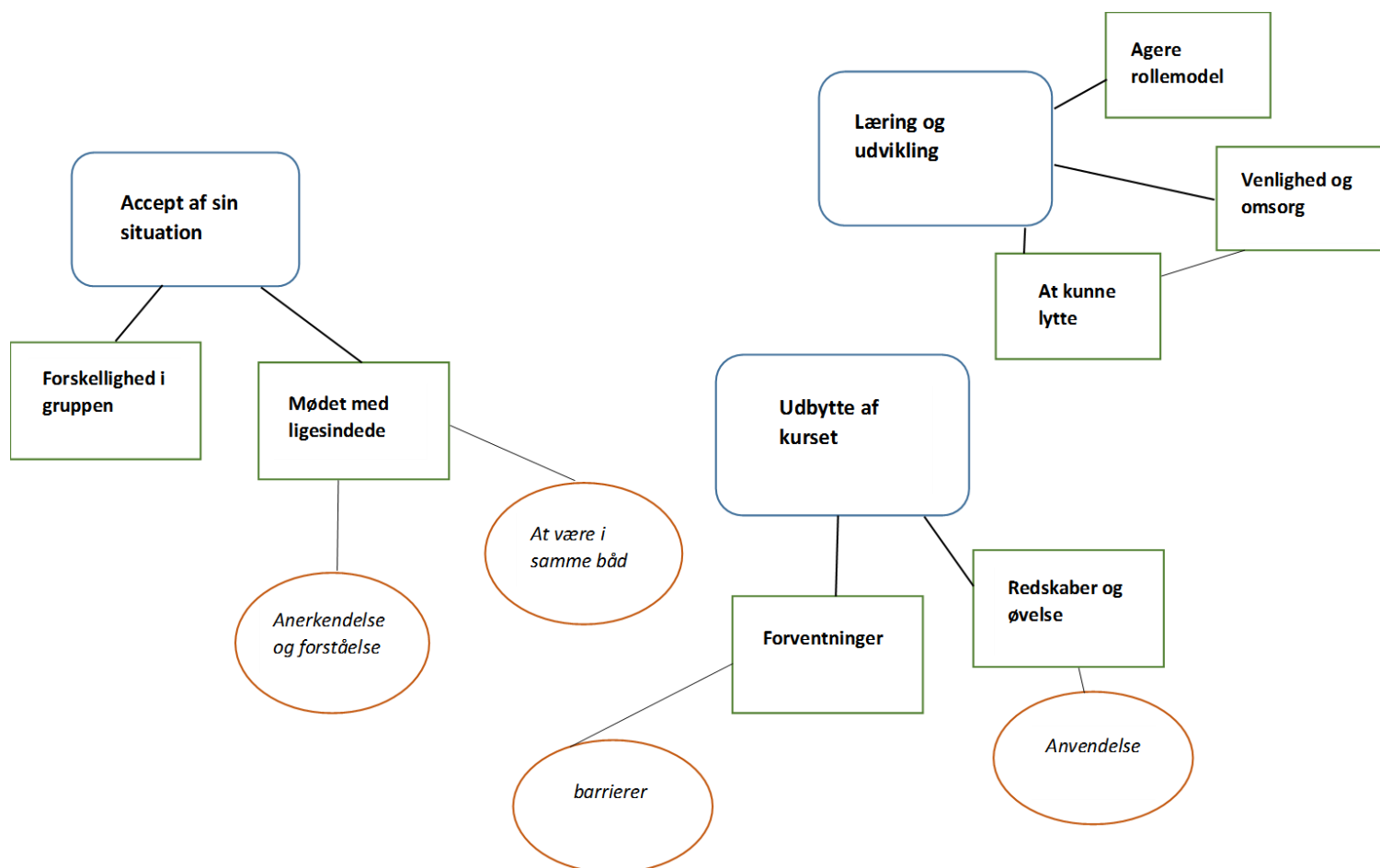
Figur 5. Begyndende tematisk mapping



6.6 FASE 4: TEMATISK MAPPING

Efter dannelsen af de første mulige tematikker i fase 3, blev vi i højere grad opmærksom på, hvordan nogle temaer syntes at være hovedtemaer med mulige indlejret sub-temaer. For at få tydeligere frem hvilke temaer der kunne stå mere alene, med egen indlejret mening fortsatte den tematiske mapping proces. Således blev alle datauddragene (fra kodningerne) i de enkelte temaer genlæst, for at se om de i sig selv gav mening – og fortsat viste et mønster.

Figur 6. Fortsat mapping af tematikker

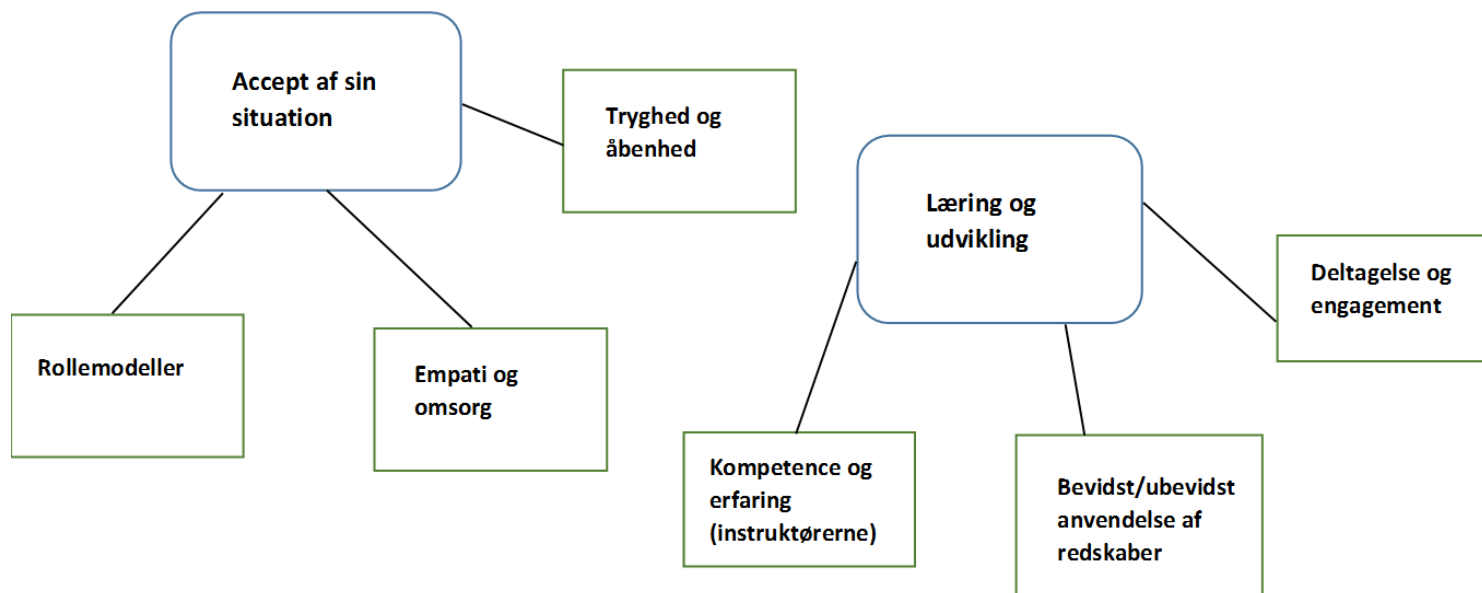


I figur 6 handlede overordnet set om vidensdelingen og mulighed for erfaringsudveksling både omkring egen sygdom, sygdomsforløb og udviklingen af handleplaner om at kunne *acceptere sin egen situation*. Særligt anerkendelsen og forståelsen af *andres* sygdomssituation gav mulighed for refleksion over egen situation. I mødet med andre qua kurset oplevede respondenterne også accept, omsorg og forståelse fra andre *til selv* – og dermed blev følelsen af ikke at være alene (isoleret/ekskluderet) mindsket, og snarere blev følelsen af samhørighed dyrket (inklusion/at hører til). Samtidigt blev vi gennem den analytiske proces klar over, at respondenterne beskrev en ubevidst udvikling i relation til den konkrete brug af de redskaber, som respondenterne blev præsenteret for undervejs i kurset. Dette vil blive udfoldet yderligere i afsnittet *Præsentation af endelige analyse*.

6.7 FASE 5: UDVÆLGELSE OG SAMMENLÆGNING AF TEMAER

Gennem foregående tematiske mapping, jf. den analysestrategi som er anvendt, er følgende temaer udvalgt som de mest centrale for forståelsen af respondenternes oplevelse af kurset, samt interessante i forhold til formålsbeskrivelsen (Se figur 7).

Figur 7. Endelig temaer for respondenternes oplevelse af kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom*



Gennem interviewdata omhandlende grupper, gruppesammensætning og årsag til at respondenterne var sygemeldt, fandt vi, at det første hovedtema *accept af situationen* var essentiel for oplevelsen af kurset, særligt havde ligemandsprincippet beskrevet som 'rollemodel' (andre deltagere og instruktørerne), oplevelsen af anerkendelse, omsorg fra andre og mulighed for at støtte andre betydning for at kunne acceptere sin situation. Det sidste sub-gruppe tema i *accept af situationen* er *tryghed og åbenhed*, som er et tema, der udfolder sig undervejs gennem bl.a. via instruktørernes evne til at styre gruppen, give sig tid til deltagerne og give plads til hinanden. Heri bliver det også meningsfuldt at diskutere, hvornår dette ikke lykkes, og hvilken betydning det så får for temaet. Det andet hovedtema omhandler meget den *bevægelse*, som respondenterne beskriver som en ubevidst proces. *Læring og udvikling* indeholder de temaer, som understøtter kerneantagelserne i *LÆR AT TACKLE job og sygdom*. *Deltagelse og engagement* beror altså på respondenternes oplevelse af kursets struktur og materiale, *Kompetence og erfaring* af forventninger til kurset, instruktørernes evne til at relatere til deltagernes situationer, og *Bevidst/ubevidst anvendelse af redskaber* refererer til, hvordan respondenterne beskriver, hvordan de anvender kursets indhold, men uden at være bevidst om det (i første omgang).

6.8 FASE 6: PRÆSENTATION AF ENDELIG ANALYSE

I det følgende afsnit præsenteres de to hovedtemaer og deres tilhørende sub-gruppe temaer, med uddrag fra datagrundlaget til at illustrere både nuancerne, såvel som dybden af det meningsgivende element i de enkelte temaer. Det vil ikke

blive diskuteret her, hvordan de belyser formålsbeskrivelsen, da dette vil blive gjort i næste kapitel (se kapitel *Formål, kerneantagelser og tematik*).

6.8.1 Hovedtema 1: Accept af sin situation

En måde at forstå respondenternes oplevelse af kurset på blev tydelig gennem deres egen forklaring på, hvordan accept af deres situation havde betydning for deres generelle oplevelse af kurset, og som ét af de mest gennemgående temaer for hele gruppen af respondenter. Vi identificerede tre underliggende temaer, der manifesterede konstruktionen af hovedtemaet accept af sin situation – gennem tale om rollemodeller, empati og omsorg, samt tryk og åbenhed.

Rollemodeller

Det betød meget for alle deltagerne, at instruktørerne selv havde oplevet af være sygemeldt. Det kunne være i forbindelse med erfaring i forhold til kontakten til kommunen og arbejdspladsen. Det gav en følelse af 'være i samme båd', at føle sig forstået og hermed også udvikle forståelse for egen situation.

"Ja, det betød meget, at fordi de vidste jo godt, at hvis jeg snakkede om, okay, jeg kommer den her fredag, men jeg har altså kun fået to timers søvn eller sådan et eller andet, fordi jeg har gået rundt og haft ondt, så vidste de jo godt, hvad jeg snakkede om, for de havde jo selv prøvet at have det der".

"Det betød meget synes jeg, jo, de kunne meget bedre sætte sig ind i situationen ikke, for os andre, og det betød alt næsten".

"Det vil jeg sige, altså, man er mere tilbøjelig til at tro på det, de siger [instruktør – efter ligemandsprincippet]

"Ja, det synes jeg [at det havde betydning]. Fordi så har de også nemmere ved at relatere til det, man siger, og så har man måske også nemmere ved at åbne sig".

Én af respondenterne svarede, at hun oplevede at kunne spejle sig i instruktørerne, fordi de [instruktørerne] selv kan relatere til smerte, og det giver en følelse af anerkendelse og forståelse.

"Jamen de har jo også lidt selv prøvet det på egen krop, ikke. Den ene havde selv noget smerte at bøvle med, og den anden var pårørende til én. Så de kendte jo også til det... [...] man skulle ikke hele tiden skulle forklare sig, synes jeg. Man blev bare forstået".

"Jamen de kunne ligesom sætte sig ind i de ting, vi andre gik igennem, og kunne relatere til det".

Som kursist tør man altså stole på instruktørernes budskaber, i det de selv har personlige erfaringer med langvarig sygdom.

"Den ene havde et kunstigt ben og den anden, det kan jeg så ikke lige huske.... Men deet - så vi var lige, og de vidste godt, hvordan det var ikke at kunne gøre de ting, som man havde sat mål for den dag, eller hvordan og hvorledes. De vidste lige nøjagtig, hvordan vi havde det. Nu kan jeg ikke ordne haven i dag - NEJ! Så lav nogle mål, så kan det være, du kan gøre en lille del i dag - og så måske en lille del i morgen, eller så... lav nogle mål".

"Nu var der jo to instruktører, og den ene, fik vi at vide, var rask, men hans kone havde noget sygdom. Så jeg følte, at han kunne sætte sig ind i vores situation. Og den anden var kørestolsbruger. Så de havde god medfølelse med, hvad vi tumlede med".

Særligt lægger en enkelt respondent vægt på, at én professionel underviser ikke kunne have opnået samme status og indflydelse som en rollemodel”.

”Ja, jo, det er jo positivt, fordi hvis det var en professionel underviser, der ligesom var lønnet for at gøre det, så havde det været noget andet. De var jo nogen, som selv havde haft problemer. [...]De har nok en større forståelse for, hvor det lige er, man skal rette ind. Hvis folk sidder og siger: ”Jamen, I skal bare ud og gå hver dag, eller jeg skal tabe mig to kilo til næste gang” så er det jo bedre at sige: ”Hov! Er det helt realistisk? Er det bedre at skruer lidt ned for forventningerne og så rent faktisk nå dit mål?”

Samtidigt peger flere udsagn på, at kendskab til kommunikative vanskeligheder/udfordringer med arbejdsgiver er tillidsvækkende.

”Hvor langt de fleste af os, også dem der underviste, havde prøvet det der med en arbejdsgiver der ligesom presser dig og tænker: ”Ej kom nu, kom nu bare på arbejde ik’, det kan være du får det bedre efter et par dage”.

For denne kursist har det tilsyneladende en negativ virkning, at hun ikke føler sig på bølgelængde med instruktøren. Samtidig understreger det vigtigheden af, at deltagerne kan relatere til instruktørerne. Slutteligt bør endnu et citat fremhæves, da det skildrer et af de få tilfælde, hvor en respondent ikke opfatter instruktørerne som gode rollemodeller og som ligesindede, og dette virker til at have en negativ effekt på respondenteren:

”Jamen jeg synes ikke, de havde nogle relevante erfaringer i forhold til os, der var sat på det kursus. For situationen er jo meget anderledes, når du står og er træt af jobcenteret, og så en der står og er på førtidspension og kan lave noget frivilligt arbejde. Det er meget forskellige situationer”.

Selvom flertallet føler sig på bølgelængde med instruktørerne, udtrykker et par stykker dog også, at de ikke opfattede instruktørerne som positive rollemodeller, og i forlængelse heraf at de ikke opfattede instruktørerne som særligt kompetente. I følgende ses et eksempel på en respondent, som er uenig i det, instruktørerne siger, og som ikke virker til at kunne relatere til dem, trods det at instruktørerne selv har erfaring med sygdom:

”Ja. Det gjorde de. Også så meget, at de var urealistiske. Den ene instruktør havde selv noget sygdom, som gjorde, at når hun skulle ud og arbejde et sted, så skulle hun have overnatning med. Og der mente hun, at det var meget nemt at finde en arbejdsgiver, som gerne vil betale for en ekstra overnatning for hende. Eller at hun havde ekstra pauser eller sådan noget. Hun snakkede om det, som om det slet ikke var et problem”.

Så selvom det skulle være et tillidsskabende argument, at denne instruktør har opnået de her 'fordele' kommer det til at få den modsatte effekt hos denne respondent.

Empati og omsorg

Det næste tema handler om den måde deltagerne hjælper hinanden. Her kan man sige at de også agerer rollemodeller for hinanden, men det synes særligt at være empatien og omsorgen, der bliver afgørende for, kursisternes oplevelse af hinanden og kurset. Helt centralt er dét, når respondenteren i samtalen bliver bevidst om, at dét at kunne yde omsorg og forståelse for andre, lige såvel som at kunne modtage omsorg og anerkendelse fra andre, er med til at bygge bro til deres egen accept af deres unikke situation. Forskelligheden mellem gruppe-medlemmerne er derfor i sig selv ikke interessante, men *opdagelsen* af forskellighederne giver anledning til medmenneskelighed og anerkendelse overfor selv og andre.

"[...] Selvom man kommer med én baggrund og én problematik, kan man sige - om det er noget fysisk eller noget psykisk, så kan man jo faktisk også nå at lære noget af de andres baggrund og nogle gange opdage, at man har måske også lidt af det, kan man sige - du er bevidst omkring, at du har måske nogle ting, du også kæmper med, som man måske ikke før har tænkt på - der måske også er en del af ens - hvad skal man sige - samlede det der er med til at tynde en, kan man sige ikke".

En anden påpeger i tråd med dette, at man kan inspirere og lære af hinanden, netop fordi folk har forskellige baggrunde, og at man derfor kan bidrage med forskellige ting.

"For det kan jo godt være, man kommer fra en anden branche, men derfor kan man jo godt have nogle gode input til, hvad man egentlig kan gøre. Og jeg kunne også høre, at de andre også havde fornøjelse af hinanden. Så sidder der en, der er sygeplejerske, som kunne komme med nogle input til en anden, om at hun kunne lave sine øvelser i sengen, hvis det var for hårdt at komme ud af sengen. For nu at tage noget helt konkret. Man kan godt ligesom give hinanden noget".

At se andre, at forsøge at mentalisere er for to respondenter vigtig inspiration og kilde til læring og udvikling.

"Så jeg synes, det virker meget inspirerende, kan man sige, netop man er nogle forskellige. Man også kan høre igennem forløbet, nogen af de andre ved at prøve og afprøve nogle nye ting eller - nogle af de ting vi har snakket om i fællesskab, eller nogle ting de selv har sat sig for og høre, hvordan det er gået og sådan noget med den handleplan".

"Fordi det gav en større forståelse for stress. Jeg har jo haft kollegaer, der har været ramt af stress, hvor jeg har tænkt: "Måske kunne du tage dig lidt sammen". Vi kender jo alle sammen nogen, der har været ramt af stress, og nu har jeg da fået en større forståelse for, hvordan det påvirker andre mennesker at være ramt af det. Og jeg kan huske, at der var nogen af de andre deltagere, der sagde: "Ej, så er vores jo slet ingenting" da jeg fortalte, hvad jeg fejlede. Men selvfølgelig er det dét. Der er bare forskel på, hvad det er".

En anden respondent var før kursusstart negativt indstillet over for kurset, men blev positivt overrasket over mødet med andre, da det satte hendes egen situation i et nyt perspektiv. I tråd med dette udtaler en anden, at den vigtigste læring for ham var at se sin egen situation i forhold til de andres og at få kendskab til andres problemer:

"Vi kom med hver vores sygdom og erfaring og kunne snakke med hinanden omkring, at jeg har oplevet sådan og sådan. Nogle gange kunne man tænke, at det oplever jeg også, og andre gange tænkte man, at det har jeg heldigvis ikke, men så har jeg nogle andre ting at døje med. Så det var en rigtig god gruppe, hvor vi kunne snakke med hinanden om, hvad der gjorde sig gældende med hver vores sygdom".

Tryghed og åbenhed

Det tredje og sidste tema som underbygger accept af sin egen situation, som et vigtigt og gennemgående tema er oplevelsen af tryghed og åbenhed i gruppen. Erfaringsudveksling og vidensdeling er baseret på en høj grad af tryghed fra de enkelte deltagere, og hvis ikke den enkelte oplever tryghed i gruppen, kan dynamikken hurtigt ændre sig, og så vil ingen få noget ud af kurset, da det er baseret på erfaringer og øvelser.

Mødet med andre langtidssygemeldte har givet en oplevelse af at møde ligesindede, hvor man føler sig anerkendt og forstået. Et andet af de aspekter, som har betydning for at føle sig anerkendt ud over omsorg, er tryghed og åbenhed.

"Man kunne fortælle det, man havde lyst til, ja, og man kunne lade være. Det var, det var som det skulle være. Der var ikke noget pres".

En anden respondent udtaler i tråd med dette, at han følte sig forstået og mødt på en anden måde end af sine pårørende, som han oplever ikke på samme måde kan sætte sig ind i hans situation.

"Det var fordi, at når man går hjemme i sin egen hverdag med familie og venner og sådan noget [...], de kan godt forstå én de første par måneder eller tre, men efter det kan man godt fornemme, at de tænker, at det da ikke kan blive ved med at gøre ondt. De siger det jo ikke, men det er nok bare sådan en fornemmelse, jeg havde. Sådan en form for irritation, når de spørger mig, hvordan jeg har det, og jeg rent faktisk siger, hvordan jeg har det: "Ad helvede til, for jeg har pisseondt". Så kunne man ligesom mærke, at de trak sig lidt. Det gad de bare ikke høre længere. Så det synes jeg var dejligt, at kunne komme derud og have lov til at have ondt og ikke føle sig forkert".

Som nævnt tidligere kan de andre kursister være med til at skabe en følelse af, at alle kan være rollemodeller for hinanden, og de respondenter der har udtrykt, at åbenhed og tryghed var vigtige elementer, berører også emnet samhørighed. Altså, den forståelse, anerkendelse og åbenhed som flere af de adspurgte møder i gruppen, viser sig i interviewene at være tæt knyttet til en følelse af samhørighed og det at føle sig på lige fod med hinanden.

"Jeg synes først og fremmest, at det var dejligt at komme ud og være sammen med nogle mennesker, hvor man ikke skulle sidde og forklare, at man havde smerter. For det havde vi jo alle sammen. Så vi var ligesom i samme båd, kan man sige. Vi havde selvfølgelig forskellige typer smerter, men vi havde alle sammen ondt et eller andet sted. Man skulle ikke undskylde, hvis man en dag ikke lige var på toppen. Man kunne bare lige sige: "Jeg er ikke okay i dag", og så var der plads til det. Man skulle ikke forklare alt muligt. Det var befriende".

"Jamen det var jo dejligt at finde ud af, at man ikke var den eneste der gik og havde ondt af sig selv [Griner]".

En anden kursist har fået et tilsvarende indtryk. Hun fortæller, at mødet med gruppen har medført, at hun føler sig mindre alene med sin sygdom, fordi andre har lignende udfordringer:

"Det var rart at komme ud med andre, som også var syge, fordi lige pludselig kan man stå med en følelse af, at man er helt alene i verden, og jeg er den eneste, der er ramt af sygdom. Og så at komme derud og møde andre og snakke med andre, og det var stille og roligt, og vi var ikke så mange".

"Det er i øvrigt ikke kun et kursus, det her. Det er jo en måde at møde nogle ligesindede mennesker og komme lidt ud. Selvom det ikke skal være sådan en kaffeklub, så kommer man jo ud af sit hus".

Instruktøren havde stor betydning for gruppedynamik og ift. at skabe et trygt miljø, man kunne kommunikere åbent i. Hun [instruktøren] skabte tryghed ved at agere rollemodel og fortælle om egne problemer og på den måde signalere til de andre, at de var i samme båd, og at gerne måtte fortælle om dem selv og deres situation. Denne kursist synes det var væsentligt, fordi det reducerede den nervøsitet, hun mødte op med første dag.

"Nej, men hun var bare [...], hvordan kan man forklare det? Hun var bare god til at gøre det til et trygt miljø og komme hele vejen rundt og forklare, hvordan hun har haft det. Og så forklarede vi alle sammen,

hvordan vi havde haft det, så man ligesom ikke skulle sidde der og tænke: "Puha, det er nok kun mig, der har det sådan her". Så tænkte man jo, at vi sgu alle sammen er i samme båd, ikke".

Når der analyseres på specifikke temaer som her, skal der naturligvis også inddrages de aspekter, som beskriver selvsamme tema, men med omvendt fortegn. Der er ikke entydige uddrag, der hører til de identificerede sub-temaer, men 4 ud af de 17 respondenter talte meget om *gruppesammensætningen* som hæmmende for accept af egen situation. I de følgende uddrag refereres der f.eks. til, at gruppen var for heterogen, og det derfor synes svært at dele sine oplevelser og erfaringer, eller at 'man' var alene med sin sygdom. Overordnet var der en opdeling af fysisk versus psykisk sygdom, eller sygdom. Herunder kunne sygemeldingen være præget af sygdom pga. arbejde eller sygdom generelt. En enkelt beskriver også, at hun var i arbejde og derfor ikke længere sygemeldt – og på den måde er hun en *deviant case*, idet deltagerne objektivt set burde være sygemeldt.

"Jeg oplevede ret hurtigt, at mange af de andre var blevet syge af at være på deres arbejde. Og det var jeg ikke. Jeg havde en kronisk sygdom, og de andre var ramt af stress. Det var stort set alle de andre. [...] Jeg følte ikke, at jeg var en del af gruppen på samme måde. For jeg havde ikke en dum arbejdsgiver, der havde gjort mig ked af det på mit arbejde. Nej. Tværtimod synes jeg, jeg er blevet behandlet ordentligt på min arbejdsplads og er kommet tilbage i fleksjob i den samme stilling. Og de fleste andre var mærket af at have følt sig presset på sit arbejde, og det havde jeg ikke".

En anden oplever også at føle sig malplaceret, fordi hun ser sig selv som værende uden for målgruppen af sygemeldte. Her må der være tale om en *deviant case*.

"Jeg passede nok ikke rigtig ind i det kursus der, og det var heller ikke det rigtige tidspunkt for mig. For det var også noget med at tackle det at komme tilbage i arbejde med en sygdom, men jeg var jo tilbage på arbejde. Jeg var bare ikke på fuld tid. Så passer jeg jo ikke rigtig ind, fordi det handlede om det med at komme tilbage, men jeg var jo allerede tilbage. Så jeg var malplaceret på det kursus, fordi jeg sad sammen med nogen, som ikke var tilbage på arbejde, og som ikke kunne rumme at arbejde, men var jeg tilbage. Og så skulle man sidde og lave individuelle mål til, hvordan man vil gøre, når man kommer tilbage på job igen. Det blev slet ikke hørt, det der med at jeg allerede var tilbage. Så jeg passede ikke rigtig ind i det kursus. Jeg var lidt malplaceret".

Andre deltagere føler sig også malplacerede, men snarere fordi de opfatter deres sygdomme og problemer som anderledes end de andres.

"Jamen altså, det var da hyggelige og rare andre personer, der kom ikke også altså, men jeg kunne godt se fra første dag, at jeg var fejlplaceret. Der var vi to eller tre stykker, der var fejlplaceret. For resten de sad med psykiske problemer, ikke også - altså det er væmmeligt at se, at nogen de sidder faktisk og hopper på sin stol og andre de sidder og græder. Fordi de kan ikke overskue, at de har en dynges vasketøj derhjemme, der skal lægges sammen. Så altså ja for mig, at vil jeg sige, at det var spild af penge, for samfundets penge, at jeg deltog i det kursus".

Det tyder på, at denne kursist har svært ved at identificere sig med de medkursister, som har psykiske problemer, og at hun derfor ikke føler, at hun passer ind. En anden respondent føler kun et delvist tilhørsforhold til kurset, fordi hans problemer var fysiske, mens de andres var psykiske, og han foreslår derfor også, at kursisterne opdeles ud fra deres problematikker:

"Jeg tror måske, de skulle dele det lidt bedre op, hvis man kan sige det sådan. Nu kan jeg ikke lige huske, hvor mange vi var på holdet, men det var måske syv eller otte eller sådan noget. Og de syv af dem var med stress og alle sådan nogle forskellige ting, der passede meget godt sammen, og jeg var sådan lidt udenfor. Jeg synes ikke rigtig, der var så meget, der ramte mig lige med min sygdom. Det var jo en arbejdsskade. Men der var da nogle ting, jeg tog til mig, som jeg ikke lige helt havde anelse om".

I tråd med dette beskriver en anden, hvordan forskelligheden i gruppen gjorde det svært for hende at relatere til dem, som særligt var psykisk udfordret:

"Det var svært, fordi vi måske sad og snakkede konkret om nogle ting, og så er der nogen, der bryder sammen i gråd og bliver rigtig kede af det, fordi de er psykisk pressede. Det synes jeg, var lidt svært. Så var der nogen, der havde noget stress, og det er lidt svært, når man så sidder og har en fysisk skade. Jeg kan ikke rigtig sætte mig ind i, hvordan det er at have stress, når de går ned af det og sådan noget. Det kender jeg jo ikke noget til, men jeg kan sætte mig ind i en fysisk smerte. Så det var lidt svært at skulle rumme det også, når man samtidig skulle rumme sig selv, hvis man kan sige det sådan. Det lyder så egoistisk [griner]".

Når der er fokus på, hvor svært det er at relatere til de andre deltagere i gruppen, kan det være svært at finde accept af sin egen situation, eller helt konkret at man ikke ønsker at dele sine erfaringer med de andre, og på den måde kan det risikeres, at man føler sig udenfor eller selv (ubevidst) holder sig tilbage. Derfor hører disse uddrag stadigvæk til accept af egen situation, i det de netop viser, hvor svært det bliver, når der ikke opleves empati og omsorg, og tryghed og åbenhed.

Opsamling

Ud fra de ovenstående uddrag bliver det tydeligt, hvordan temaer som rollemodel, empati og omsorg, og åbenhed og tryghed er vigtige elementer for at finde accept af sin egen situation. Oplevelsen af at føle sig inkluderet og hørt har betydning for, om respondenterne opfatter kurset som udbytterigt, selvom de ikke benævner det som sådan. Det bliver nemmere for den enkelte deltager at kunne acceptere sin egen situation, når denne mødes med forståelse og anerkendelse og dét faktum, at deltageren kan genkende sig selv hos instruktørerne. Stort set alle respondenter havde en oplevelse af, at der i gruppen var store forskelle på, hvilke sygdomme og udfordringer man var tynget af. Dét der tydeligt træder frem her i analysen, er dog, at dem der oplever omsorg for andre, og selv oplever at modtage den, drager fordele heraf. Altså opfatter man forskelligheden som noget positivt, og et tema der kan bidrage til ens egen forståelse, således at deltageren får et mere nuanceret syn på sin egen og andres situation sker der en 'udvikling', hvor *accept* er grundlæggende for denne udvikling, som hovedtemaet indikerer. Modsat synes manglende accept at blive en barriere for udvikling. Altså de få respondenter som oplever forskelligheden som hæmmende indikerede også, at de ikke fik noget ud af kurset. Helt konkret tegnede de et billede af, at de ikke ønskede at dele deres erfaringer, eller ikke følte at de kunne identificere sig med de andre i gruppen. Således kan manglende accept af andres situation få indflydelse på ens opfattelse af egen situation, som værende ikke sammenlignelig eller reel (rigtig) nok. Derfor skal instruktørerne være opmærksom på gruppesammensætningen og i høj grad være i stand til at kunne validere 'forskelligheden' som noget bidragende til et nuanceret syn på sygdomsmestring. Ikke overraskende er åbenhed og tryghed katalysatorer for denne proces, og derfor er det et sub-tema, som vægtes højt. Over halvdelen af respondenterne lægger netop vægt på, at der i gruppen opstod en særlig rummelighed, hvor man kunne sige alt – og det oplevedes som befriende, denne rummelighed er båret af deltagernes egen åbenhed og tryghed i forhold til hinanden. Igen kan manglende åbenhed eller følelsen af at 'jeg holder igen' med mine erfaringer være hæmmende for den førnævnte proces i at acceptere situationen, som den er, og som vi anser for at være et bærende tema for respondenterne. Altså en hypotese kunne være, at netop de respondenter som ikke oplever

samhørigheden, savner og mangler dette aspekt, og ville egentlig gerne have været i en gruppe, hvor de følte sig trygge og med mulighed for at kunne dele erfaringer.

6.8.2 Hovedtema 2: Læring og udvikling

Det andet centrale hovedtema i nærværende analyse er benævnt læring og udvikling. Det var ikke oprindeligt et tema, vi havde tænkt på, men efterhånden som den tematiske mapping proces udviklede sig, blev det tydeligt at de mønstre der viste sig for os handle om en udviklingsproces hos respondenterne, og for nogen var den bevidst og for andre ikke. De primære underliggende temaer, der bærer strukturerne for læring og udvikling er kompetence og erfaring hos instruktørerne, heri evnen til at kommunikere sine budskaber ud samt at strukturere kursustiden. At respondenterne deltager aktivt i øvelserne på kurset, og så anvendelse af kursusredskaberne enten bevidst eller ubevidst.

Kompetence og erfaring

At instruktørerne i mange tilfælde opfattes som anerkendende, forstående og på niveau med de øvrige kursister er gennemgående. I interviewene blev respondenterne dog også spurgt ind til deres opfattelse af, om instruktørerne var kompetente undervisere. Følgende eksemplificerer derfor respondenterne refleksioner omkring instruktørernes kompetence og erfaring, som både var af positiv og negativ karakter.

For det første fremgik det, at en stor andel af de adspurgte ikke fandt instruktørernes kompetence til at undervise afgørende, men i højere grad vurderede instruktørernes kvalitet ud fra deres personlige fremtoning.

"Øhhh.. At de var ligefremme, de var helt nede på jorden, de var personlige og vi kunne snakke om tingene i en helt jordnær måde, altså. Det var SÅ godt og SÅ afslappende. Ikke noget hvor man tænkte "puuh nu skal jeg præstere og sådan noget", altså det var på en fin måde".

En anden respondent giver i tråd med dette udtryk for, at man kunne mærke, instruktørerne ikke var erfarne, men at dette ikke havde en negativ virkning:

"De var utroligt søde og rare og lyttede, men man kunne også godt mærke på dem, at det var første gang, de havde sådan et kursus. De var ikke vant til at undervise. Så de holdt sig meget til, hvad der stod i deres papirer. Men der var ikke noget negativt over det, fordi de gjorde det godt. De var positive og lyttende og holdt sig til deres instruktioner og deres "I dag er vi nået til anden lektion, og nu skal vi det her", og så var det dét, der blev gjort".

Manglende erfaring kan dog opleves som ikke inspirerende.

"Det var langtrukket, det var kedeligt. Det var to damer, som ikke vidste, hvad de snakkede om, som stod og læste op af en bog. Det var meget kedeligt".

"De var da meget søde, men de stod og læste op af den her bog, som vi også fik. Og de sagde, at det var det, de havde fået besked på at gøre. Og der var ikke mulighed for noget debat eller noget snak med nogle af de andre. De sagde, at hvis vi ville snakke med hinanden, så måtte vi mødes et andet sted bagefter, for det var der ikke tid til".

En anden fremhæver ligeledes, at instruktørernes undervisning afspejlede manglende erfaring.

"Altså jeg synes det var positivt at de selv havde erfaring med sygdom. Øhm - nu kan jeg så heller ikke helt huske... jo og så kan jeg huske - jeg ved det ikke irriterede de andre deltagere, men jeg blev lidt

irriteret over at de skulle læse op - eller at de ligesom skulle følge et manuskript og hele tiden skulle slå op i en mappe for at se, hvad de nu skulle og sådan noget. Altså det føltes sådan lidt kunstigt”.

For disse to ovennævnte respondentuddrag har underviser kompetence og erfaring alligevel betydning for hvordan respondenterne oplever kurset. Det betyder ikke nødvendigvis at kurset ikke har været lærerigt, og at de to respondenter alligevel har lært nogle konkrete redskaber.

Et andet element som ligger indenfor rammerne af kompetence og erfaring er evnen til at styre kursustiden, deltagernes taletid og gruppestørrelse, således at alle føler at de får mulighed for at dele deres erfaringer.

Mere konkret peger respondenterne på, at manglende tid gør det svært at nå i dybden med emnerne, gør det svært at opfylde deres behov for at dele viden og erfaring og gør det svært at lære hinanden at kende godt nok. Et eksempel på en deltager, som ikke følte der var tid nok til at gennemgå mængden af materiale ses i følgende:

”Jeg synes, det var tidspresset. Det er det eneste, jeg synes, var negativt ved det. Det var klemt godt sammen...[...]...Ja. For kort tid til de emner, der var. For emnerne var jo gode nok, men tiden var svær. Ellers skulle man have færre emner til den samme tid”.

Kursisten understreger her, at emnerne reelt set er gode, men at der er uoverensstemmelse mellem mængden af materiale og mængden af tid. I tråd med dette udtaler en anden, at der ikke var tid og fleksibilitet nok i kurset til at gå i dybden med de dele af kursusmaterialet, kursisterne fandt særligt relevante.

”Man kan sige, at der lige kom lidt meget fart på indimellem, så man ikke altid kom så meget ind i dybden, eller man når ikke rigtig til dybden, kan man sige. Så det var sådan balance hele tiden, mellem hvor meget der var i mappen man skulle igennem, og de havde forberedt og så videre, og så også hvis vi gerne selv ville sige noget. Der var ikke så meget plads til sådan lige snakke lidt ekstra ind, hvis der er noget, der sådan lige - hvis der var et emne, der berørte flere”.

Umiddelbart synes tiden altså at være et aspekt, der kan komme til at få betydning for læringsaspektet, hvor det bliver særligt vigtigt for instruktørerne at udvise kompetence og erfaring i forhold til at kunne styre tiden. Da kurset i høj grad beror på øvelse og 'learning by doing', skal instruktørerne altså sørge for, at der er nok tid til, at de enkelte deltagere får diskuteret de forskellige aspekter og indhold i de enkelte kursugange.

”Jeg synes, de var utroligt imødekommende og rummelige, og så var de gode til at sætte rammerne. At sørge for at holde os på sporet”.

”Ja, det synes jeg var positivt. For når snakken går, kan man godt flagre ret langt uden for rammerne, og der var de gode til at få os tilbage. Så det blev lidt mere konkret igen, så det ikke bare blev sådan nogle flagrende ord, der blev kastet rundt”.

Udover at denne udtalelse afspejler kursistens positive indstilling til instruktørerne, påpeger hun også, hvordan instruktørerne var gode til at holde styring og at holde folk inden for kursets rammer på en positiv måde. En anden respondent oplever ligeledes, at instruktørernes forvaltning af kursets tidsramme og struktur var afgørende for udbyttet, da hun på forhånd havde en negativ forventning om, at tiden ville gå med ustruktureret snak.

”Jamen æhhh.. De havde en plan og tidsskema og så siger jamen det er det, vi skal nå nu. I stedet for at man bare lader køre, og så går tiden og alt det der haløj - der var styr på, at vi nåede de ting, vi skulle igennem den dag og med de intervaller, der var. Så der var en helt klar plan”.

"Ja, ellers så havde jeg jo forventet, at det ville blive en masse ævl og kævl dette her, ikke også?"

I forhold til respondenternes oplevelse af kurset er der altså indlejret nogle strukturer i kursets format og rammer, som instruktørerne har en stor opgave at skulle tage vare på, for at kurset bliver lærerigt for den enkelte deltager. Her kan de forskellige uddrag bidrage til en nuanceret forståelse af kompetence og erfaring, da det ikke nødvendigvis er tiden i sig selv, der er en udfordring, men den enkeltes deltagers oplevelse af at blive hørt. Således synes analysen her at vise, at kompetence og erfaring som formidling og nærvær får betydning for deltagernes udbytte og oplevelse af kurset.

Deltagelse og engagement

Deling af viden og udveksling af erfaringer fremgår blandt de interviewede personer som en betydningsfuld del af kursusforløbet. I følgende vil det derfor komme til udtryk, at flere generelt har haft følelsen af at kunne dele og lade sig inspirere af personlige oplevelser og erfaringer. Som eksempel på dette bekræfter en respondent, at hun, gennem flere samtaler, særligt blev inspireret af de andre til at tænke positivt.

"Især det der med at man skal huske at tænke positivt, og være glad for det som man kunne og ikke kun tænke på det negative, man ikke kunne".

Endvidere udtaler en anden, at mødet med andre sygemeldte har givet kursisterne mulighed for at støtte hinanden ved at dele erfaringer og udveksle idéer.

"Jamen bare ved at snakke om hvordan man lige har det. Og høre lidt om hvad den anden gør. Og hvis det er rigtigt for den ene, er det måske også rigtigt for den anden. Men bare det at man får nogle idéer til hvordan og hvorledes. At man måske heller ikke er den, der har det værst. Det er jo også meget rart. Altså ens venner og familie ved jo ikke, hvad det drejer sig om. Så det er jo svært for dem at relatere. Og så er det jo rart at snakke med nogen, der kan relatere".

At hente inspiration og at se egen situation i relation til andres står således som et centralt udbytte for deltageren. Endvidere beskriver hun, hvordan mødet med ligesindede giver en anden form for støtte, fordi de kan relatere til hendes situation. Endnu en respondent påpeger, at det var givtigt at tage imod gode råd og at dele viden med folk i samme båd.

"Fordi som jeg sagde til at starte med, det er jo, jeg har aldrig prøvet det her før [at være sygemeldt]. Så jeg stod ligesom der helt alene, og hvad gør man nu og alt sådan noget, og der fik jeg nogle rigtig gode råd, øhm, både af instruktørerne, men også af dem der var i gruppen, altså".

Udtalelsen understøtter desuden, hvordan også instruktørerne opleves som ligesindede på lige fod med de øvrige kursister. Respondenten uddyber ovenstående med et eksempel på, hvad medkursisterne gav af gode råd.

"Jamen det var f.eks. prøv at slappe lidt af og nyd det faktisk. Fordi det der med at gå hjemme, jeg var jo ved at blive tosset, fordi jeg har jo altid været ude og arbejde. Og det havde jeg rigtig svært ved, hvorfor de ligesom sagde: "Jamen, det er jo nu, du kan nyde det. Selvom du har nogle smerter, så læg dig ud i haven eller gå en tur i skoven". Nu har jeg så en hund, så kunne jeg gå en tur i skoven med den ik'? Og det var, så tænkte jeg, at det er jo egentlig rigtigt".

Citatet eksemplificerer, hvordan de andre inspirerer hende til at reflektere over og forholde sig til sine tanker og følelser i et mere positivt lys. Endvidere udtaler en respondent, at særligt arbejdet i mindre grupper faciliterer deling af viden og erfaringer, fordi man her lærer hinanden bedre at kende og føler sig tryk, og fordi det giver noget andet end at tale i plenum:

"Altså, når man lavede de der mindre grupper med et par stykker, synes jeg det virkede rigtig godt, at det ikke kun var de store åbne fora, men at der også var mindre grupper, og jeg synes faktisk måske tit, at det var her, man lærte hinanden lidt bedre at kende, kan man sige - altså hvor vi skulle interviewe hinanden med nogle forskellige ting. Det virkede faktisk rigtig godt".

"(...) Jeg synes netop, det er godt, at der er nogle grupper, så man faktisk kan lære lidt af hinanden. Det de andre har været igennem, så er de nogle gange kommet til nogen, at de har fundet ud af, at det virker for dem, kan man sige. Noget af det kan man bruge, og noget andet af det kan man måske ikke, og så er der en tredje, der måske har en helt andet "indgangsvinkel?" – hov, det har jeg da ikke prøvet at gøre - det kunne da godt være, at jeg lige skulle prøve det".

Generelt udtrykker de øvrige respondenter dog ikke at føle sig mere trygge i de små grupper, end når der tales i plenum, men snarere at gruppearbejdet tillader andre måder at lære og dele viden på. Desuden understøtter ovenstående citat, at deltagerne inspireres af hinanden og får sat tingene i perspektiv gennem de kursusøvelser, som involverede gruppearbejde.

Bevidst/ubevidst anvendelse af redskaber

Hvor det for nogle er tydeligt, at kurset er årsag til en øget selvindsigt og evne til at kunne hjælpe sig selv, udtrykker andre uklarhed om, hvorfra deres viden og færdigheder kommer. Nogle anser det som et resultat af, at man med tiden naturligt har fået en større forståelse for egne behov, mens andre i højere grad ser kurset som årsag til øget mestring. Andre igen formår ikke klart at sige, hvad kurset har bidraget med, men er af den opfattelse, at de ubevidst bruger erfaringer fra kurset, og at det i det hele taget har været med til at udvikle dem og gjort dem bedre i stand til at tage hånd om egne problemer. I følgende ses et eksempel på en deltager, som er usikker på hvorfra hvilken viden kommer:

"Jeg synes, det er svært [at svare på, om jeg har gjort brug af kursuserfaringer], fordi jeg har fået information rigtig mange steder fra. Jeg har søgt rigtig meget information selv også, og jeg har gået til yoga og meditationer og sådan noget, så jeg synes, det er svært at vide, hvad der er hvad. Men der var mange gode ting i det. Det var der. Og jeg bruger nok også noget af det, men jeg ved ikke, om jeg ville have gjort det alligevel".

Endnu en respondent beskriver i tråd med dette, at det er svært at skille tingene ad og sige, hvad hun konkret har lært og brugt fra kurset, og hvad der har ændret sig på grund af andre ting, såsom sygdomsforløbet.

"Det er jo svært at sige, at jeg lige gør sådan, fordi jeg lærte på kurset, at [...]. Det er lidt svært at dele det op. Om det er en erfaring, jeg har, fordi jeg har været syg, eller om det er noget, jeg lærte på kurset".

Andre oplever, at kurset har bidraget med noget, men at det er svært at sætte ord på hvilke konkrete elementer, der har været nyttige. Blandt andet beskriver en respondent, at kurset har medført en form for udvikling, der har styrket ham, men at det er svært at sige præcist hvordan:

"Øh, og måske mere at det her kursusforløb i sig selv bare har været sådan en slags transformation på en eller anden måde, altså at man, at man er kommet ind i en mere positiv bane på en eller anden måde. Øh, hvad skal man sige... [...] Jeg tror, at jeg ubevidst bruger mange af tingene fra kurset, kan man sige. Jamen jeg tænker lidt på, at jeg var måske på et lavere niveau psykisk og fysisk, da jeg startede kurset - og så indtil jeg sluttede det, kan man sige, der har jeg gået i - der er mange af de ting, der har styrket

mig - både mentalt og ja og træningsmæssigt og sådan noget måske også, så jeg kom styrket ud af kurset”.

Flere siger, at kurset har gjort dem mere bevidste om, at de aktivt kan påvirke deres eget sygdomsforløb. Blandt andet udtaler en.

”Jamen, det har været med til at få én ud af hamsterhjulet. Det var et ord, vi brugte dengang nogle gange”.

”Det var jo følelsen i sygdomsperioden. At man var derinde, og der kunne man ikke komme ud fra. Og kurset har jo hjulpet med til at være åben for, at man kan træde ud”.

Respondenten beskriver således, at kurset har givet hende handlemuligheder til aktivt at hjælpe sig selv til at kunne bryde den onde cirkel af følelser, hun før blev påvirket af. Flere respondenter giver også udtryk for at være blevet bedre til egenomsorg og til at lytte til sig selv. Blandt andet giver en kursist udtryk for, at hun er blevet bedre til at sige fra og passe på sig selv.

”Hm ja, og den anden ting det er at lade være med at hjælpe andre, selvfølgelig skal jeg hjælpe andre, det er ikke sådan forstået, men prøv at tænke på dig selv, og det har jeg jo altid, jeg har jo altid skubbet mig selv til side”.

En anden respondent bruger desuden kursusbogen til at finde værktøjer frem, når hun kan mærke, at hun får det dårligt igen. Med andre ord bliver bogen en støtte for hende som aktiv selvhjælper.

”Ej, jamen altså, jeg har faktisk haft situationer, hvor jeg har siddet og tænkt, at jeg føler, at jeg er ved at få det dårligt igen, og så har jeg taget bogen op igen og siddet og kigget den igennem for at kunne se, om der er et eller andet, jeg lige kan bruge dér til at ”get a hold of myself””.

Dette citat viser desuden, hvordan kursusbogen er med til at bringe hende tilbage på sporet igen, når det bliver svært, og er dermed en vigtig påmindelse til de teknikker, de lærte på kurset. Hun er ikke den eneste af respondenterne, selv dem der ikke oplevede underviserne som kompetente udtrykte, at kurset har givet dem nogle værktøjer, som de i varierende omfang stadig bruger. For eksempel udtaler en respondent om kurset.

”At man fik en masse gode værktøjer til, hvordan man får det bedre. Hvad man kan gøre sådan helt konkret. Altså det var meget konkret. Og nogle gode værktøjer”.

Selvom mange føler, de tilegnede sig værktøjer på kurset, kan respondenterne i mange tilfælde ikke komme i tanke om de konkrete teknikkers navne, men føler alligevel, de bruger dem, nogle gange på et ubevidst plan. Flere steder i interviewene blev det også tydeligt, at kursisterne omtalte bestemte redskaber, dog uden at bruge deres eksakte navne. I mange tilfælde kom respondenterne dog i tanke om dem, da interviewpersonen gav dem påmindelser eller ledetråde. Som set i følgende påpeger flere endvidere, at tiden der er gået siden kurset gør det svært at huske konkrete detaljer, men at de overordnet set stadig føler en hvis gavn af kurset. For mange af de adspurgte havde særligt handleplanerne været et brugbart redskab.

”Ja, det gav helt klart mening [at arbejde med realistisk målsætning]! Fordi, jamen hvis man ikke kan nå målet, så kan man lave delmål. Så kunne jeg lave et mål, der siger jamen ved du hvad - jeg vil gøre min cykel klar - ikk’? Så var det jo også et mål”.

Flere respondenter omtaler brugen af handleplaner, som et redskab til at passe på sig selv. Dette ved at strukturere og lave realistiske planer for sin hverdag ved brug af noget der kunne minde om handleplanerne:

"Ja, og så også det der med at få delt hverdagens opgaver lidt mere op, så man ikke gør hele huset rent på én dag og så er smadret tre dage bagefter, men ligesom får det delt ud. Lave et skema: I dag gør jeg det og det. Og at tjekke dagsformen, når man står op om morgenen. Hvordan har jeg det i dag? Lige mærke efter og så få lavet en arbejdsplan for dagen. Strukturere ens hverdag".

"Ja. En af mine handleplaner var, at jeg ville ud og gå en tur hver dag. Og det holder jeg fast i. Eller nu går jeg ikke længere, nu går jeg så i motionscenteret og går til spinning, men en eller anden form for fysisk aktivitet hver dag".

"Det der med målsætninger. Det er måske det der med at tage lidt ad gangen. At man måske ikke behøver sætte sig de store mål fra starten, men bare tage lidt ad gangen".

Ud over at flere beskriver at være blevet bedre til at sætte realistiske mål, inkluderer andre eksempler pacing, positiv tænkning og afspændingsøvelser. Følgende viser et eksempel på en deltager, der efter kurset er blevet mere opmærksom på at finde balancen mellem aktivitet og hvile.

"Jaja! Altså når jeg har været ude og gå med min hund for eksempel eller sådan noget, så lægger jeg mig, eller hvis - nu er jeg i praktik lige i øjeblikket, så er det fint at lige lægge sig ned. Ungerne ved godt at, nå men jeg skal lige ligge ned, når jeg kommer hjem, og det er rigtig fint at lige få det der, at man er aktiv, men man har også lige behov for at hvile sig".

Andre påpeger, at de er blevet bedre til at tænke positivt på grund af kurset, men at redskaberne med tiden glider i baggrunden.

"Ja. Men det er meget lang tid siden, jeg har brugt dem [teknikkerne], for nu er jeg jo begyndt at læse, og så ryger de i baghovedet. Men jeg synes, jeg blev mere positiv på det kursus. Og nogle af de ting, der gjorde, at jeg blev mere positiv, har jeg jo brugt senere hen".

I tråd med dette siger en anden, at han føler, han tænker mere positivt som følge af kurset.

"Det synes jeg - så det der med at se mere positivt på tingene kan man sige - øhhh og ja - ikke lade nogle negative tanker stå i vejen for det man skal og sådan noget".

En respondent beskriver også, at hun stadig bruger kursets afspændingsteknikker og udtaler.

"Øhm altså ja, det her med muskelafspænding bruger jeg meget stadigvæk og sådan noget meditation-sagtigt noget, kan man sige, ikk, for ligesom at stresser af".

Samlet set er der altså flere som udtaler, at de har fået udbytte af kurset redskaber og stadig bruger dem. Dog kommer nogle af respondenterne først i tanke om, hvilke redskaber de bruger, når de mindes om dem. Dette peger på, at deres læring og bevidsthed om mestring genetableres, når de får påmindelser. Andre føler i mindre grad, at de bruger dem i dag.

Samtidigt er et gennemgående udbytte for mange af de adspurgte også, at de er blevet mere åbne omkring deres situation og bedre til at bede om hjælp.

"Ja, det [at spørge om hjælp] er jeg i hvert fald blevet bedre til. Det er noget af det, som kurset har flyttet hos mig. At man er ok, selvom man ikke længere kan det, som man kunne engang. Så man jo også giver sine medmennesker en chance for at give en hånd med. De kan jo ikke tænke sig til, hvad man har brug for. Det er man nødt til at bede om. Det har jeg i hvert fald lært af det".

Oplevelsen af forbedret kommunikationsevne giver en øget tro på at kunne mestre egen situation. Herigennem opleves en øget accept af egne grænser og åbenhed i forhold til at bede andre om hjælp. Følgende er eksempler på at turde bede om hjælp, at kende sine grænser og kommunikere åbent.

"Jamen at jeg ikke tror, at jeg skal gøre alting selv. Og jeg kan jo heller ikke alting selv, men jeg har altid haft viljen til, at det kan jeg fandeme godt selv. Men det er der ingen mennesker, der kan".

"Ja. Jeg er blevet væsentligt mere åben. Og det er også noget, der i dag gør sig gældende, for vi har meget grupper på skolen. Og når jeg har siddet ned i lang tid, kan jeg godt få ondt i ryggen, og det siger jeg så til min gruppe, og så siger de: "Tag hjem". Så de ved, hvor jeg står, og det synes de er helt okay, og så siger de bare: "Vi ses i morgen". For jeg synes, man skal være åben omkring det. Der er ingen grund til, at jeg sidder og bliver pissesur over at have ondt i ryggen og får det dårligt over det. Det er en af de ting, jeg har lært på kurset. Lidt mere åbenhed omkring, hvad man fejler".

Også i forhold til andre betyder åben kommunikation noget for ens oplevelse af sig selv.

"Jamen det kan jeg mærke på min mand og mine børn, altså vi har ikke de der - før i tiden havde vi sådan nogle store diskussioner og sådan noget - det har vi ikke mere".

"Jeg synes, mine omgivelser sommetider tilpasser sig mig, fordi jeg måske er lidt mere åben omkring, hvordan jeg har det her og nu. Og det er jo skønt nok".

Flere fremhæver således, at kurset har øget deres bevidsthed om, hvordan de kan fremme en positiv kommunikation med andre mennesker, og at åben kommunikation omkring deres behov og deres sygdomsmæssige udfordringer påvirker deres trivsel i en positiv retning.

Opsamling

Det andet hovedtema var læring og udvikling, og vi fandt det interessant, at det kom frem som eget tema med sub-temaer som kompetence og erfaring, deltagelse og engagement og bevidst/ubevidst anvendelse af redskaber. Vi oplevede særligt, som tidligere beskrevet, en bevægelse gennem interviewene. Hvor det i datagrundlaget i begyndelsen emmede af konkrete temaer, skete en bevægelse undervejs i interviewet, hen mod at respondenterne gav eksempler på, at de anvendte nogle af de redskaber de havde tilegnet sig på kurset. Undervejs underbyggede datasættene information om, at deltagelse og engagement havde betydning for denne bevægelse. Først blev respondenterne mindet om, hvorfor de skulle afsted på kurset, og her refererede respondenterne også til konkrete forhold, som instruktørernes kompetence og erfaring som forhold, der har betydning for respondentens læring og udvikling. Efterfølgende bliver temaet deltagelse og engagement underliggende og indsigtsgivende for, hvordan respondenterne (data) arbejdede sig væk fra de konkrete forhold, ved at data viste, hvordan respondenterne selv blev mere aktive og deltagende i kurset, og de blev mere beskrivende omkring egen deltagelse og engagement. De beskriver således, at gruppearbejdet og øvelserne inspirerede dem og hjalp dem i dagligdagen, at de begyndte at tage øvelserne og viden til sig, og at anvendelsen af disse hjalp dem. Det sidste tema synes særligt interessant, taget i betragtning at nogle af interviewene foregik længe efter, at de var stoppet med kurset. Selv de respon-

denter som umiddelbart ikke gik og tænkte over, at de gjorde brug af de introducerede redskaber, blev undervejs i interviewet bevidst om, at det gjorde de – måske ikke hele tiden men indimellem. For eksempel synes handleplaner og åben kommunikation om sin situation at være elementer fra kurset, som respondenterne har taget til sig og anvender i dagligdagen som mestringsstrategier. Der var også enkelte respondenter, som var helt bevidste om, hvilke redskaber de anvendte og hvornår.

7 FORMÅL, KERNEANTAGELSER OG TEMATIK

Ovenstående analyse danner et samlet overblik over konkrete elementer og temaer, som vi anser for betydningsfulde for de 17 respondenter, der har deltaget i kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom*. De adspurgte kursister afsluttede kurset 7 til 16 måneder efter kursets afslutning. I det følgende kapitel vil vi søge at sammendrage formålsbeskrivelsen af nærværende rapport med analysens resultater, samt kerneantagelsen og de grundlæggende kernefærdigheder i kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom*. Derfor vil afsnittet også være opbygget over formålsbeskrivelsen. Inden da opridses kort baggrund, formål og kerneantagelsen, og *figur 1* genillustreres.

7.1 KORT OPRIDS: BAGGRUND, FORMÅL OG KERNEANTAGELSE

7.1.1 Baggrund

I de senere år er der i højere grad kommet fokus på beskæftigelsesindsatsen i forhold til sygedagpengemodtagere (Sieling-Monas & Bredgaard, 2015). Bl.a. er der nu krav i lovgivningen om, at kommunerne skal iværksætte en tidlig og aktiv beskæftigelsesindsats for at få sygedagpengemodtagere i arbejde (ibid.). I tråd med denne udvikling er der en stigende andel af sygedagpengemodtagere, som deltager i beskæftigelsesrettede tilbud (Sieling-Monas & Bredgaard, 2015). I Sygedagpengeloven pålægges kommunerne at udbyde et tilbud til sygedagpengemodtagere, som er visiteret til Sygedagpengelovgivningens §12, kategori 2, dvs. borgere, hvor en fuld raskmelding forventes senere end otte uger fra første fraværsdag:

§13 c, stk. 6: Sygemeldte, der er visiteret til kategori 2, har ret til et kursus i mestrings af følger af sygdom med henblik på at fastholde et arbejde

Med mestrings skrevet ind i lovgivningen afspejles en udvikling, hvor fokus er flyttet fra uarbejdsdygtighed til en mere involverende ressourceorienteret tilgang (Gallant, 2003). Et systematisk litteratur review har fundet, at netop aktiv involvering af langvarigt syge kan fremme håndtering af og tilpasning til sin sygdom (de Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008). I tråd hermed er der blevet udviklet programmer i forsøg på netop at øge langvarigt syge persons evner til at håndtere deres sygdom. Især fokus på såkaldt self-management er blevet mere udbredt siden 1980erne (ibid.). Self-management refererer til en persons daglige aktiviteter mhp. at holde sygdommen under kontrol, minimere dens negative indvirkning på sit fysiske helbred og funktion samt håndtere de psykosociale eftervirkninger af sygdommen (Gallant, 2003). Udover tilpasning til sin sygdom som en vigtig faktor for trivsel og funktionsniveau tyder det på, at man ved at øge langtidssygemeldtes oplevelse af mestrings kan øge deres tro på at kunne få et arbejde og dermed deres arbejdsmarkedsparticipation (Rasmussen et al., 2012).

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 borger redskaber til at kunne vende tilbage til arbejdet.

7.1.2 Formål

Formålet med den kvalitative evaluering af kurset Lær at tackle job og sygdom er at undersøge deltagernes oplevelse af mulige virkningsmekanismer, herunder konkrete faktorer der kan virke effektfremmende, samt hvilke effekthæmmende faktorer der kan opleves som eventuelle barrierer for at profitere af kursusdeltagelsen.

7.1.3 Kerneantagelse

Kurset bygger på den teoretiske antagelse, at *øget* mestring er centralt for egen håndtering af sygdom og sygdomsindsigt, og derfor vil *øget* mestring lede til bedre håndtering af sygdomssymptomer. Derfor arbejdes der med udvikling af færdigheder, som involverer handleplaner, problemløsning og afslapningsteknikker og modelindlæring. Deltagerne skal i løbet af kurset selv definere deres udfordringer og gennem øvelser lære at mestre disse udfordringer. Grundlæggende arbejdes der med:

- 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

7.2 HVAD VIRKER EFFEKTFREMMENDE

I dette afsnit diskuteres, hvordan den ovenstående analyse kan bidrage med indsigt i, hvilke elementer i kurset der kan anses for at være effektfremmende på baggrund af datagrundlaget for 17 respondenter. Antagelsen om sygedagpenge-modtagernes mestringsevne er, at den er præget af uhensigtsmæssige selvreguleringsprocesser (Bandura, 1977), altså måden hvorpå personen forholder sig til sin personlige oplevelse. Hvordan han/hun herudfra reagerer i forhold til omgivelserne er vedligeholdende for problematisk håndtering af sygdom, dagligdagen og tilbagevenden til arbejde (jf. grundlæggende antagelser om deltagerne, se *Indledning*). Derfor synes temaet *Accept af sin situation* stærkt at indikere, at mestring øges, når dette tema kommer i spil hos deltagerne. Underliggende det første hovedtema sker der en forandring hos deltagerne, hvor de ændrer deres opfattelse af deres egen situation, og herigennem får mulighed for at ændre på deres adfærd og oplevelsen af omgivelserne forandres. F.eks. personligt: de ser på sig selv og deres situation på en anden måde (ofte mere nuanceret end tidligere), adfærdsmæssigt: de reagerer nu derfor anderledes end før, og dette foranlediger anden reaktion i omgivelserne (miljøet). Særligt sub-temaet empati og omsorg er relateret til at kunne nuancere sit syn på selv og andre, og når denne proces finder sted, er der mulighed for forandring netop ved at introducere nogle af kernefærdighederne f.eks. problemløsning, beslutningstagning eller handleplaner. Således er det en styrke ved kurset, at de forskellige grundantagelser og kernefærdigheder introduceres parallelt (se [figur 4](#), afsnittet om *Indhold i kurset*). Ét aspekt er at kunne se sig selv med 'nye' øjne, ét andet er at kunne tage skridt hen imod at gøre noget anderledes end det man plejer – her er der brug for hjælp og inspiration, hvilket deltagerne netop får på kurset i form af øvelse og træning i færdigheder og i mødet med andre. Derfor argumenteres der for, at temaet accept af sin situation kan opfattes som en virkningsmekanisme i *LÆR AT TACKLE job og sygdom* kurset. Sub-temaerne indikerer at udvise empati og modtage omsorg fra andre, tryghed og åbenhed i gruppen er bydende nødvendig for, at *accept* kan opnås. Derfor synes to af de grundlæggende antagelser om modelindlæring at facilitere denne oplevelse, dels instruktørerne som rollemodeller og dels gruppen som værende et bæ-

rende element for social støtte. Ligemandsprincippet som en underliggende faktor må derfor antages at være effektfremmende. Det fremgår af analysen, at såvel instruktørerne som medkursisterne fungerer som rollemodeller, hvor særligt instruktørerne er rollemodeller for, hvordan man er en god selvhjælper, og for hvordan man lever et godt liv på trods af sygdomsmæssige udfordringer. At instruktørerne selv har erfaring med sygdom og tilbagevenden i arbejde, er desuden med til at gøre dem troværdige. Gruppedynamikken bærer en latent mulighed for deltagerne at kunne åbne sig i et trygt forum, hvor alle er lige, og må derfor også antages at være en effektfremmende faktor.

Mødet med andre som står i en lignende situation, fremstår dermed som noget, der for mange kursister har bidraget til et positivt udbytte og som et effektivt element. Både mødet med ligesindede instruktører og ligesindede medkursister har en vigtig virkning for deltagerne, dels fordi de lader sig inspirere af hinanden i forhold til at blive dygtige selvhjælpere, dels fordi kurset bliver et anerkendende rum, hvori man kan dele viden og personlige oplevelser. At skabe et socialt læringsmiljø er således et vigtigt aspekt af kurset, hvorfor man fortsat bør se ligemandsprincippet og rollemodel-effekten som nogle væsentlige elementer.

Et andet element som kort er nævnt, er introduktionen af færdighedstræning, at *LÆR AT TACKLE job og sygdom* helt konkret arbejder med udfyldelse af skemaer og skabeloner, samt udøver praktiske øvelser af f.eks. visualisering og afslapningsteknikker. En særlig egenskab ved øget mestring er *oplevelsen af og erfaringen med*, at man selv kan gøre en forskel, at man er i stand til at udføre en aktivitet, og således vil 'små' succeser være med til at fremme mestringsevnen (Bandura, 2003). Omvendt gælder det, at oplevelsen af fiasko hæmmer mestringsevnen, f.eks. at ville tabe sig 20 kg. inden for en måned er næsten uladsiggørligt, og når det så *ikke* lykkes, vil oplevelsen af mestring være forringet i den henseende. Netop derfor er det altafgørende, at de mål man sætter sig skal være realistiske, f.eks. via delmål (hvis intentionen er at øge mestringsoplevelsen) (Kate Lorig et al., 2014; Ritter et al., 2011). Det vil sige, at indlejret i færdighedstræningen er, at deltagerne selv definerer udfordringerne i deres liv relateret til sygdomshåndtering, og at de selv kommer med forslag til problemløsning f.eks. gennem arbejdet med handleplaner. Det andet hovedtema *læring og udvikling* bliver derfor også centralt som virkningsmekanisme for oplevelsen af kurset som udbytterigt. Særligt med henblik på sub-temaet deltagelse og engagement hvor læring og udvikling ikke ville kunne finde sted, hvis ikke deltagerne *bidragede aktivt* – det vil sige, at træningen i færdigheder faciliterer læring om sygdomshåndtering og må derfor antages at være effektfremmende. Dog kræves det, at deltagerne opfordres til at deltage aktivt eller som tidligere diskuteret, at 'rummet' lægger op til at være aktivt deltagende (tryghed og åbenhed), hvilket bl.a. beror på instruktørernes kompetence og erfaring, som herigennem således både kan antages at være effektfremmende, men således også en barriere for læring og udvikling hvis ikke instruktørerne er i stand til at kreere rum for læring og udvikling.

Det er tidligere nævnt, at bevægelsen fra ikke at vide hvad der skal til for at kunne opleve manglende mestring, til at kunne opleve høj grad af mestring er underliggende læring og udvikling. Denne bevægelse i sig selv forekommer ikke, medmindre ovenstående træning gennemføres, og at deltagerne oplever sig selv som engagerede i kurset. Et andet sub-tema som underbyggede læring og udvikling er bevidst/ubevidst anvendelse af redskaber *udenfor* kursustiden. Altså at deltagerne gør færdighederne og strategierne til deres egne, uden potentielt at skulle tænke over det. Når den proces forekommer, er tilegnelsen af færdigheder komplet. Det vil sige, at åben kommunikation, hjemmetræning og handleplaner (at skrive ned, hvilket mål man har og hvordan man når derhen) er effektfremmende faktorer, som danner grundlag for den ovenstående bevægelse og proces som er central for læring og udvikling. Helt konkret illustrerer analysen udviklingspunkter i form af, at deltagerne er blevet bedre til at passe på sig selv, ved at de er opmærksomme på og bedre til at opdage advarsels-signaler, og herudfra agere hensigtsmæssigt ved at mærke efter og sige fra. F.eks. hvis en deltager har været ude at gå en lang tur, eller har arbejdet i værkstedet, så er det efterfølgende en god idé at hvile sig (*spacing*, se afsnittet om *Indhold i kurset*) fremfor at blive irriteret over eller ked af, at man har smerter eller er træt og i værste fald fortsætter fysisk aktivitet,

som kan forværre sygdomssymptomerne. Ligeledes er mange blevet bedre til at spørge andre om hjælp og at kommunikere åbent omkring deres udfordringer. Det er dog først gennem interviewet, at det for nogle deltagere bliver åbenlyst, at de anvender kursets redskaber i deres dagligdag.

7.3 HVAD VIRKER EFFEKTHÆMMENDE

Når det skal diskuteres, hvad der virker effekthæmmende i forhold til analysens temaer så kan der peges på nogle af de forhold, som opleves som barrierer for, at deltagerne oplever at kunne profitere af kurset. Generelt fremkom der i analysen ikke mange effekthæmmende faktorer, som kunne opfattes som barriere for, at deltagerne kunne profitere af kurset. Dog blev et element som forskellighed nævnt og kan derfor for nogle opfattes som en barriere.

En primær problematik omhandler heterogenitet i gruppen. I følgende beskrives, hvordan diversiteten i kursusgrupperne er en udfordring, som for nogle har begrænset deres udbytte af kurset. Det blev tidligere beskrevet, hvordan forståelse og anerkendelse via omsorg og tryghed i gruppen er effektfremmende faktorer for den virkningsmekanisme, som underbygger accept af sin situation. Opleves disse sub-temaer ikke, kan *forskellighed* i gruppen være en barriere for kursets udbytte. I analysen bliver det tydeligt, at forskellighed ikke drejer sig om køn eller alder, men om årsag til sygemelding. Det vil sige, om deltagerne er sygemeldte pga. psykiske årsager eller fysiske årsager. En anden forskellighed, som kommer til udtryk gennem analysen, er også, om de psykiske årsager er betinget af arbejdspladsen. Gruppedynamik, som i det foregående noteres som effektfremmende, bliver umiddelbart oplevet som effekthæmmende. Dog giver uddragene anledning til at argumentere for, at det ikke er gruppedynamikken i sig selv, der er effekthæmmende, men snarere instruktørernes manglende kompetence til at give plads til forskelligheden der bliver en barriere for oplevelsen af udbyttet på kurset. Altså når den enkelte ikke føler sig tryk eller ikke oplever, at der er plads til ham/hende også, så bliver forskellighed oplevet som en barriere.

Det er således paradoksalt, at kurset på den ene side opleves som et forum, hvor man møder ligesindede, og at kurset derved efterlever kursisternes behov, men at det på den anden side også beskrives som et forum præget af stor heterogenitet, som reducerer muligheden for at føle sig på lige fod med de øvrige i gruppen.

I lyset af dette kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt gruppesammensætningen i højere grad bør baseres på type sygdom med henblik på at skabe mere homogene grupper, eftersom særligt forskellen på fysisk og psykisk sygdom bliver fremhævet som problematisk. Eller instruktørerne skal have ekstra meget fokus på gruppesammensætningen og således validere forskelligheden som noget positivt.

En anden problematik som kommer til syne i analysen, er manglende tid. Dette aspekt syner frem under sub-temaet kompetence og erfaring. Kurset bygger på en fast undervisningsmanual med et relativt tætpakket undervisningsprogram, er forholdsvis fast struktureret og udformet til, at den følges nøje af instruktørerne uden plads til store afvigelser. For nogle kursister er dette en fordel, fordi det gør undervisningen målrettet, men for en stor andel opleves det som et rigtigt og materialetungt forløb, der ikke lader sig tilpasse deltagerens behov. Derved kommer de effektfremmende faktorer som modelindlæring og social støtte (empati og omsorg, tryghed og åbenhed som sub-temaer) ikke i spil hos de deltager, hvor det synes at gå for hurtigt. Erfaringsudvekslingen og vidensdelingen er centrale oplevelser for, at førnævnte sub-temaer understøttes, og opleves det, at der ikke er plads til denne udveksling og deling, opnås modelindlæring ikke, samt at færdighedstræningen ikke læres til fulde. Derfor synes manglende tid at være en interessant barriere at skulle forholde sig til, set i lyset af kursets grundlæggende udformning og antagelser om kernefærdigheder.

Det er således et reelt tema, at respondenterne har et stort behov for megen taletid med de øvrige kursister, og mange havde på forhånd også en forventning om, at dette ville blive muligt. For en stor del af de adspurgte er samtalerne med

ligesindede tilsyneladende et lige så vigtigt udbytte som at lære konkrete redskaber til sygdomshåndtering. Men da kurset ikke er tilrettelagt efter at give deltagerne megen taletid, opstår en uoverensstemmelse mellem kursusformen og deltagerne behov. På grund af kursets faste struktur og tætpakkede materialemængde efterspørges derfor også mere fleksibilitet og luft i programmet. En fremtidig udfordring er således at efterleve deltagerne behov for taletid og fleksibilitet uden af gå på kompromis med undervisningsmaterialet, som kursisterne generelt finder relevant og nyttigt, og som er afgørende for, at kursisterne tilegner sig ny viden og nye færdigheder.

En sidste interessant observation, ikke defineret som effekthæmmende, men mere som en mulig barriere i forhold til kursets navn og de antagelser kurset hviler på (se *Indledning* om antagelser om sygedagpengemodtager), er relationen til *arbejde*. Som kursets navn angiver *LÆR AT TACKLE job og sygdom*, er det interessant at observere hvor lidt, der bliver talt om sygdomshåndtering i forhold til arbejdet eller tilbagevende til arbejde. I instruktørmanualen lægges der op til, at der arbejdes med dette tema de to sidste gange, og i håndbogen til deltagerne afgives 3 kapitler om jobsituation. Et andet centralt mål med kurset er dog også at øge deltagerne oplevelse af at kunne håndtere arbejde på trods af sygdom, og at kunne mestre udfordringer i forbindelse hermed eller opmærksomhed på at skulle finde nye og andre jobmuligheder. F.eks. er nogle af emnerne på kurset: en ny arbejdsidentitet og en aktiv indsats og dialog med arbejdsgiver, jobcenter og kollegaer (se *Indhold i kurset*). Det er derfor interessant, at dette ikke fremstår som et centralt tema eller udbytte for kursisterne; meget få kursister beskriver nemlig kurset som en faktor, der har hjulpet dem til bedre at håndtere arbejde på trods af sygdom. Der er i kurset desuden relativt stort fokus på at lære konkrete teknikker, som skal hjælpe dem til at håndtere arbejdsrelaterede situationer, mens dette ikke er noget, kursisterne fremhæver som betydningsfuldt i de pågældende interviews. Flere påpeger desuden, at deres tilbagevenden i arbejde, eller mulighed for fremtidigt at vende tilbage, vil ske uafhængigt af det, de lærer på kurset.

Tilsyneladende er de adspurgte altså ikke gennemgående bevidste om det fremtidsorienterede aspekt af kurset, som handler om at skulle vende tilbage i arbejde. Noget tyder således på, at sammenhængen mellem kurset og det at kunne håndtere job og sygdom samtidigt ikke fremgår tydeligt nok for kursisterne. Alternative forklaringer på, at dette ikke er et dominerende tema blandt de adspurgte, er dog også, at respondenterne i nogle tilfælde har svært ved at sætte ord på deres konkrete udbytte af kurset og har svært ved at sige præcist, hvordan kurset har hjulpet dem. Flere oplever desuden, at kurset har medført nogle ændringer, de ikke er sig bevidste om. Det kan altså ikke udelukkes, at kurset i en vis udstrækning har faciliteret positive arbejdsrelaterede forandringer for deltagerne.

7.4 UDVIKLINGSPOTENTIALE OG ANBEFALINGER

Efter at have opridset en række overordnede udfordringer og kvaliteter ved kurset vurderes det afslutningsvis, på hvilke områder kurset har udviklingspotentiale og mulige anbefalinger.

7.4.1 At skabe homogene grupper

En betydelig begrænsning er, som beskrevet, den relativt store diversitet, som præger kursusgrupperne. Dette taget i betragtning synes et udviklingspotentiale for kurset at være at skabe mere homogene grupper, hvor særligt en sygdomsmæssig opdeling med en differentiering mellem psykisk og fysisk sygdom er relevant. Andre tiltag til at undgå forskelligartede grupper bør desuden overvejes. Kan man eksempelvis undersøge, om potentielle deltageres behov stemmer overens med den gruppesammensætning, man tilstræber? Det kunne således tilsigtes at skabe mere homogene grupper med henblik på at give kursisterne bedre forudsætninger for at skabe tillidsfulde fællesskaber, hvori de kan støtte hinanden. Desuden bør man være opmærksom på at tilbyde deltagerne det mest passende kursus. Eksempelvis udtalte en af kursisterne, at hun havde langt større gavn af kurset, *LÆR AT TACKLE angst og depression*, hvor hun bedre kunne relatere til

sine medkursister. Eller man kunne være opmærksomme på at uddanne instruktørerne til netop at omfavne denne forskellighed i gruppen som en værdi, at validere at alle har noget at byde ind med uanset årsag til sygefravær.

7.4.2 At forventningsafstemme og tydeliggøre kurset formål og rammer

Desuden bør det overvejes, om man kan gøre kursets mål og rammer tydeligere for potentielle deltager inden opstart, dels så de ved, hvad de skal forvente, dels så man mindsker utilpasse eller malplacerede kursister og dels for at forebygge frafald. Det kan altså overvejes, om man kan blive bedre til at forventningsafstemme inden kursusopstart.

Derudover bør man forholde sig til, hvordan man bedst sikrer at tilbyde kurset til personer, hvis behov er forenelige med kursets rammer og formål. Er det for eksempel muligt at blive bedre til at understrege, at det er et selvhjælpskursus, som lægger vægt på aktive mestringsstrategier, for eksempel problemløsning eller positiv tænkning. Snarere end den type selvhjælpskursus som hovedsageligt baseres på samtale og erfaringsudveksling, og som snarere minder mere om gruppeterapi? Information om hvad der kan forventes af kurset synes således vigtigt, ligesom det er vigtigt at overveje, om dette er foreneligt med kursistens behov. Et tidligere citat peger eksempelvis på, at en kursist fejlagtigt fik lovning på, at der på kurset var masser af taletid, og hun blev derfor skuffet. Med andre ord er det vigtigt at overveje, hvordan man på bedste vis kan formidle kursets rammer og mål til potentielle deltagere forinden kursusstart, så de har en klarere fornemmelse af, hvad de kan forvente, og så der ikke skabes forventninger, som ikke kan efterleves.

7.4.3 At skabe fleksibilitet i programmet

Som det tidligere er blevet beskrevet, er det for en stor andel af kursisterne problematisk, at der er så relativt lidt taletid og fleksibilitet, og kurset har derfor meget begrænset plads til afvigelser fra kursusprogrammet, hvis behovet for dette opstår. Endnu en overvejelse kan derfor være, om kursusmaterialet skal fordeles på flere moduler, så der opstår mindre tidsnød. Både så instruktørerne har bedre tid til at gennemgå de enkelte undervisningsdele, og så deltagerne har bedre tid til at kommentere, stille spørgsmål og fortælle om egne erfaringer. Samtidig bør man have for øje, at kurset er et mestringskursus, som sigter mod at give deltagerne konkrete færdigheder, som både kræver en vis mængde undervisning og træning. Der bør således også huskes på, at manualens udformning er sket på et velovervejede og teoribaseret grundlag, og at man ved at give megen mere taletid risikerer at gå på kompromis med kursets formål. Man må derfor forholde sig til, hvordan den bedste balance findes, så deltagerens behov for mere tid og fleksibilitet efterleves, samtidig med at kursusrammerne overholdes.

7.4.4 At bane vej for at kurset ikke går i glemmebogen

En anden udfordring er, som tidligere nævnt, at mange efter nogen tid har svært ved at huske, hvad de lærte på kurset, og derfor også i stadig mindre grad bruger teknikkerne. Dette gælder selv de kursister, som var positivt stemt overfor kurset, og som fandt det brugbart i forhold til deres hverdag. Flere udtaler for eksempel, at kursets redskaber og budskaber stod klarest under og lige efter kursusforløbet, men at det med tiden glider i baggrunden. Dette giver anledning til at overveje, hvordan man bedst undgår, at kursisterne glemmer materialet, og hvordan de motiveres til fortsat at anvende de lærte redskaber. Nogle deltagere opstarter selv netværk. Det kunne potentielt styrke effekten af kurset, hvis kommunen var behjælpelig med netværksgrupper, da det kan være svært for den enkelte at starte op alene.

7.4.5 At skabe fokus på hvordan kurset kan forbedre håndtering af arbejde på trods af sygdom

Noget af det som analysen viste os var fraværet af uddrag om tilbagevenden til arbejde, eller at kurset har givet dem en øget oplevelse af at kunne håndtere arbejde til trods for sygdom. Et udviklingspotentiale er derfor også at gøre deltagerne mere bevidste om, hvordan kurset kan hjælpe dem til at blive bedre til at håndtere arbejde til trods for at være ramt af langvarig sygdom. Man kan derfor tilstræbe at skabe en bedre kobling mellem det, der læres på kurset og det at varetage et arbejde med de sygdomsrelaterede udfordringer, man belastes af. Kan det for eksempel gøres mere tydeligt, hvordan

læringen og teknikkerne fra kurset kan hjælpe deltageren til at håndtere arbejdsrelaterede situationer bedre? Eller bør man træne bestemte teknikker, såsom kommunikation med arbejdsgivere og jobkonsulenter, endnu mere?

7.4.6 At uddanne kompetente instruktører

Et sidste muligt udviklingsområde vedrører instruktørernes færdigheder i forbindelse med at undervise og formidle kursusmaterialet og i forbindelse med at være gode rollemodeller. Det er tidligere blevet beskrevet, at ligemandsprincippet er et vigtigt element i kurset, og for den langt overvejende del af de adspurgte er det afgørende, at instruktørerne er dygtige rollemodeller, som de kan lade sig inspirere af, relatere til og føle sig forstået af. I få tilfælde fungerer instruktørerne dog ikke som gode rollemodeller, fordi kursisterne ikke føler sig forstået, og fordi de ikke har oplevet instruktørerne som lige-sindede. Blandt andet opfattes en af instruktørerne som en dårlig rollemodel, der er svær at relatere til, fordi vedkommende er førtidspensionist og som dermed ikke skal tilbage på arbejdsmarkedet igen. Ligemandsprincippet er her ikke gyldigt, fordi instruktøren står i en anden situation end kursisten.

Dette peger på, at man fremadrettet fortsat skal være opmærksom på at anvende instruktører, som har de rette forudsætninger for at være rollemodeller. De skal med andre ord *både* have kendskab til langvarig sygdom og det at skulle vende tilbage på arbejdsmarkedet igen. Det er således vigtigt at forblive opmærksom på, at kursisterne har instruktører, de kan relatere til.

Det er gennemgående, at instruktørerne ikke behøver at være hverken professionelle eller erfarne undervisere for at være gode undervisere. Dog peger denne undersøgelse på, at instruktørerne bør have en vis grad af kompetence til at undervise og formidle kursusmaterialet, da det for eksempel opleves utroværdigt, hvis instruktørernes undervisning præges af for megen oplæsning. Man bør således vurdere, om der kan gøres mere for at sikre, at instruktørerne bliver fortrolige nok med undervisningsmaterialet til, at de er i stand til at skabe kontakt til kursisterne og virke overbevisende i deres undervisning samtidig med, at de følger manualen tæt. Instruktørerne skal således være ligesindede, men på samme tid kunne noget mere end deltagerne: De skal være i stand til at holde overblik, styre tid, styre samtaler og formidle viden på en overbevisende måde. Det bør således fortsat tilstræbes, at instruktørerne er dygtige nok på alle disse områder, dels fordi det kan have konsekvenser for alliancen instruktør og kursist imellem, og dels fordi det tilsyneladende kan påvirke deltagerens udbytte af kurset.

Desuden bør det overvejes, hvilke fordele og ulemper det kan have at inddrage eksperter til visse dele af undervisningen. For eksempel foreslår en kursist, at man potentielt kan benytte en ernæringseksperter til emnet om kost. Omend en fordel herved kunne være, at kursisterne bedre kan stille spørgsmål til og få svar på spørgsmål inden for dette emne, er det muligt, at sådanne ændringer i undervisningen vil mindske rollemodel effekten. Kursets effekt således effekt mindskes, og at det vil blive tidsmæssigt og økonomisk mere omkostningsfuldt.

7.5 METODEMÆSSIGE OVERVEJELSER

Denne nærværende rapport består af en kvalitativ undersøgelse, som er en del af en helhedsevaluering af indsatsen *LÆR AT TACKLE job og sygdom* for sygedagpengemodtager med langvarigt sygefravær. Den kvantitative evaluering centrerer sig om effekten af kurset på livskvalitet, hvor denne kvalitative rapport søger at indfange de deltagerrapporterede oplevelser af kursets indhold – det vil sige de effektfremmende aktiviteter og det teoretiske grundlag for kurset. Der er naturligvis nogle svagheder ved denne type af evaluering og begrænsninger ved udvælgelsen af bestemte analysestrategier mv. I det følgende vil det blive diskuteret, hvilke implikationer rapportens metodevalg kan have haft på vores resultater.

7.5.1 Interviewform

Der blev truffet et valg om at anvende telefoninterviews, idet de geografiske placeringer for respondenterne var spredt, hvormed telefon interviews kan anses for fordelagtige (Elmholdt, 2006), og på baggrund af gruppens egenskab som 'sygedagpenge modtager med langvarigt sygefravær' var vi usikre på, om respondenterne havde mulighed, tid og ressourcer til at komme til os. Vi havde ikke mulighed for at møde op hos dem, og heller ikke mulighed for at yde økonomisk dispensation, i fald de havde haft tid og overskud til at møde personligt op. Modsat går der også noget information tabt ved denne form for interview, samt det kan være sværere at følge en sokratisk opbygget dialog, som i lige så høj grad er baseret på kropslig viden som sproglig viden (Brinkmann, 2015). Således kan det være sværere at definere et telefoninterview som en *samtale*, og der kan argumenteres for, at et telefoninterview er mere præget af at være små korte 'monologer' end en dialog. Implikationerne ved et telefoninterview er bl.a., at man som interviewer, ikke opnår samme grad af forståelse for den andens syn, og derved kan der mistes meningsfuld information.

7.5.2 Tid – interviewets varighed

Varigheden af interviewene varierer meget fra 30 til 50 min. Og det samme gælder for mængden af ord. Det kan betyde, at nogle respondenter får 'mere' taletid end andre og derved bliver datagrundlaget reduceret til datasæt. Vi forsøgte dog at være opmærksomme på, at uddragene ikke stammede fra én og samme respondent gennem analysefasen, således at vi endte med en analyse af én respondent. Dog må det erkendes, at mere taletid, kan give en dybere forståelse og mere mulighed for *samtale*, altså ved længere interviews har der sandsynligvis været større mulighed for sokratisk dialog og aktiv lytning (Brinkmann, 2015).

7.5.3 Interviewer færdigheder

Det kan ikke udelukkes at interviewererne, selvom de kun var 4, varierede i deres brug af opfølgende spørgsmål, interesse, og oplevelse af samhørighed fra interview til interview, særligt når man ifølge Brinkmann (2015) skal se *interview* som et håndværk. Det kan have den betydning, at ikke alle respondenter har fået lige mulighed for at udtrykke sig meningsfuldt undervejs i interviewet.

7.5.4 Interviewguiden

Med en semistruktureret guide ville vi gerne vide noget om nogle bestemte områder i respondentens livsverdenen, dog havde vi ikke nogen specifik mening om denne. Vi ønskede således, at respondenterne ville beskrive, hvordan han/hun oplevede forskellige, men specifikke emner. Intervieweren forsøgte at forholde sig bevidst naiv og spørge åbent ind til fokuserede temaer, for en uddybning eller rigere mening. Derved anser vi datagrundlaget for at være så oplevelsesorienteret som muligt, men indenfor bestemte livsområder, som vi ønskede besvaret/beriget.

7.5.5 Sampling metode

Vi valgte at udvælge respondenterne ud fra formålsrettede sampling kriterier (Palinkas et al., 2015), og her kan implikationer bl.a. nævnes at være *selve* udvælgelseskriterierne. Der er fra start mange inklusionsparametre at vælge imellem, og når man vælger at inkludere nogen, så fravælges andre. Det betyder, at det er en selekteret population, som udgør datagrundlaget, og vi kan ikke vide om de er repræsentative for deltagerne på kurset generelt, selvom og særligt fordi vi har anvendt formålsrettet sampling (Patton, Patton, & Quinn, 2005).

7.5.6 Tid – fra kursets afslutning og til interview

Datasættene er indhentet retrospektivt, det vil sige, at der gik forholdsvis lang tid fra kurset var afslutte, og til respondenterne blev interviewet. Årsagen var blandt andet, at vi ønskede at inkludere så bredt fra hele populationen jf. formålsrettet sampling, dog gik der længere tid end beregnet, da rekrutteringsperioden blev udvidet med 6 måneder. Der er flere impli-

kationer, som kan have betydning for vores resultat, dels at respondenterne ikke i særlig høj grad kan genkalde sig indholdet eller deres reelle oplevelse af kurset, eller at de husker forkert eller forsøger at svare sådan, som de tror interviewererne gerne vil have det (Sedgwick, 2014). Således kan vores datagrundlag opfattes som skrøbeligt, da validitet af udsagnene beror på genkaldelse. Dog handlede interviewet om effektfremmende faktorer, som de har brugt 6 uger på at tilegne sig, så det må formodes, at de i en vis udstrækning er i stand til at genkalde eller huske (kognitivt, affektivt og kropsligt), hvad de fik ud af kurset, snarere end hvis det omhandlede faktisk viden. F.eks. 'jeg fortalte dig om solsortens livscyklus for 6 måneder siden – kan du huske, hvad jeg fortalte?'. Ligeledes kan kvaliteten af resultaterne afhænge af, i hvilken udstrækning respondenterne selv har indsigt i de forhold, der rapporteres om, samt vedkommendes tilbøjelighed til at afgive sandfærdige svar jf. respons bias. I de tilfælde hvor det drejer sig om subjektive vurderinger, vil respondenterne altid være den bedste kilde til information, hvilket medfører, at vurderinger og holdninger angivet i denne rapport må anses for troværdige udsagn for den pågældende respondents indstilling til kurset. Der er dog det forbehold, at respondenter i nogle tilfælde vil være tilbøjelige til at fremstille sig selv i det bedst mulige lys ved at give såkaldt socialt ønskværdige svar. Respondenter som ikke bryder sig om at fremstå som utilfredse eller utaknemmelige, kunne måske derfor overdrive deres positive fremstilling af kurset eller instruktørerne. Det er ikke muligt at afgøre, om deltagerne overdriver en positiv (eller negativ) fremstilling i interviewsituationen. Men da informanternes udtalelser ikke har nogen specifikke konsekvenser i form af for eksempel udelukkelse fra fremtidige kurser eller adgang til ekstra ydelser, og de optræder anonymt over for en interviewer, de ikke har personligt kendskab til, må man gå ud fra, at deres motivation for at fremstå med holdninger, der adskiller sig væsentligt fra deres egentlige opfattelse, er ret begrænset.

7.5.7 Analysestrategi

Vi valgte at anvende en tematisk analysestrategi. Det betyder, at vores position var forudbestemt, og vi herigennem havde en deduktiv tilgang til forståelsen af datagrundlaget. På den måde har vi 'afskåret' os selv fra andre temaer, der kunne have betydning for respondenterne, hvis vi havde haft en mere induktiv tilgang til datagrundlaget. Omvendt så arbejdede vi ud fra en formålsbeskrivelse, og derfor ønskede vi at opnå indsigt indenfor nogle bestemte områder (effektfremmende og effekthæmmende faktorer).

8 KONKLUSION

Denne kvalitative evaluering af kurset *LÆR AT TACKLE job og sygdom* har, på baggrund af 17 semistrukturerede telefoninterviews, identificeret to centrale hovedtemaer, *Accept af sin situation* og *Læring og udvikling* som betydningsfulde for respondenterne 6 til 16 måneder efter at de afsluttede kurset. Resultaterne skal herved ses i lyset af, at det er en retrospektiv kvalitativ undersøgelse. De centrale hovedtemaer og sub-temaerne blev perspektiveret i forhold til, hvad der kunne opfattes som henholdsvis effektfremmende og effekthæmmende for kurset, med særligt fokus på kursets teoretiske antagelse og grundlæggende kernefærdigheder.

At kunne acceptere sin situation som langvarigt sygemeldt afhænger i høj grad de underliggende mekanismer i spejling og anerkendelse fra andre. Der kan altså argumenteres for, at effektfremmende faktorer er den sociale støtte (empati og omsorg), man møder fra de andre deltagere i gruppen, og særligt fra instruktørerne, så ligemandsprincippet beskrevet som rollemodeller er yderst centralt og virkningsfuldt. Det er også gennem spejlingen i andre, at den enkelte deltager får mulighed for at revurdere egen sygdomssituation, at få mulighed for et andet og nyt perspektiv på sig selv. Læring og udvikling er mere en bevægelse, som fremkom i analysen. Herunder var konkrete redskaber brugbare, og mekanismen heri er oplevelsen af at kunne mestre et mål eller en udfordring. Også øvelsen i at kommunikere åbent var betydningsfuld for udviklingen og oplevelse af mestring. Som en cirkulær bevægelse kan der argumenteres for, at åben kommunikation fordres af problemløsningsadfærd og omvendt styrkes problemløsende adfærd af åben og ærlig kommunikation. Som

effekthæmmende faktorer, opfattes instruktørernes kompetencer – når der lægges så stor vægt på deres formidlingsevne, personlighed og nærvær, er det også her, at sårbarheden skal findes. Kerneantagelsen om øget mestring opnået gennem et selvhjælpsbaseret program synes således at gøre en forskel for den enkelte deltager. Én af barriererne, for nogle af de virkningsfulde mekanismer for sygdomshåndtering, er for meget fokus på tilbagevenden til job. Et fokus som af borgerne kan opleves som en underliggende 'trussel'. Derfor kunne der være noget potentielt positivt i at lave tillægsmoduler i stedet for at indlemme det i et allerede eksisterende koncept.

Qua de metodemæssige overvejelser er det få udvalgte respondenter, disse observationer er baseret på, relativt til hele undersøgelsesgruppen. Det er respondenternes egne livsverdener, vi er blevet indviet i. Fortolkningen af deres oplevelser er således relateret til dem, og ikke nødvendigvis alle de andre deltagere, der har fulgt kurset. Resultaterne af denne kvalitative evaluering skal derfor læses i sammenhæng af med resultaterne af de kvantitative evalueringer af effekten på samtlige deltageres trivsel og tilbagevenden til arbejde.

9 REFERENCER

- Bandura, A. (n.d.). *Self-efficacy: the exercise of control*.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (2003). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bell, M. D., Choi, J., & Lysaker, P. (2007). Psychological interventions to improve work outcomes for people with psychiatric disabilities. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(5), 606–617. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621762200?accountid=14468>
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219–231. <https://doi.org/10.1177/00343552050480040301>
- 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.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann S, K. S. (2015). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (Third). London: Sage Publications.
- 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>
- Cervone, D. (2004). The Architecture of Personality. *Psychological Review*, 111(1), 183–204. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.183>
- Cervone, D., Mor, N., Orom, H., ... W. S.-H. of self, & 2004, undefined. (n.d.). Self-efficacy beliefs and the architecture of personality. *Books.google.com*. Retrieved from https://www.google.com/books?hl=en&lr=&id=LzmBYEm-Z2wC&oi=fnd&pg=PA461&dq=cervone,+daniel+2013+self+efficacy+beliefs+and+the+architecture&ots=5jpyA_2wYh&sig=54DbgvxODncKw2BTpjN7pwBdOLM
- Cervone, D., Mor, N., Orom, H., Shadel, W. G., & Scott, W. D. (2013). Self-Efficacy Beliefs and the Architecture of Personality - On knowledge, Appraisal, and Self-Regulation. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation - Research, Theory and Applications* (2nd editio, pp. 461–485). New York: The Guilford Press.
- Danmarks statistik. (2016). Dagpenge ved sygdom; efter 30 dage.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- Elmholdt, C. (2006). Cyberspace alternativer til ansigt-til-ansigt interviewet. *Tidsskrift for Kvalitativ Metodeudvikling*, (41), 70–80.
- Frayne, C. A., & Latham, G. P. (1987). Application of social learning theory to employee self-management of attendance. *Journal of Applied Psychology*, 72(3), 387–392. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.72.3.387>
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 30(2), 170–195. <https://doi.org/10.1177/1090198102251030>
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24(2), 153–165. <https://doi.org/10.2478/s13382-011-0013-3>
- Hickman Jr., R. L., & Douglas, S. L. (2010). Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Advanced Critical Care*, 21(1), 80–91.
- Holt, R. I. G., Nicolucci, a., Kovacs Burns, K., Lucisano, G., Skovlund, S. E., Forbes, a., ... Peyrot, M. (2016). Correlates of psychological care strategies for people with diabetes in the second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2™) study. *Diabetic Medicine*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/dme.13109>
- 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>
- Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness, 53, 859–863.
- Katon, W., Lin, E. H. B., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.11.005>
- Katz, D. a, & McHorney, C. (2002). The Relationship Between Insomnia and Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Illness. *The Journal of Family Practice*, 51(3), 229–235.
- 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. (2014). Chronic disease self-management program: insights from the eye of the storm. *Frontiers in Public Health*, 2, 253. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00253>
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348>
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., ... Wilkins, ; (1999). Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Source: Medical Care*, 37(1), 5–14. Retrieved from <http://www.jstor.org>
- 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.
- 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., Hansen, J. V, Aust, B., Tverborgvik, T., Thomsen, B. L., Bjorner, J. B., ... Poulsen, O. M. (2014). A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme. *Eur J Public Health*, 25(1), 96–102. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku016>
- Ockander, M., & Timpka, T. (2001). A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence. *International Journal of Social Welfare*, 10(1), 74–79. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00154>
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology*. McGraw-Hill.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Patton, M. Q., Patton, & Quinn, M. (2005). Qualitative Research. In *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa514>
- Rasmussen, J., Kongsgaard, L. T., Hansen, M., Kosecki, A., Rosholm, M., Bredgaard, T., ... Hansen, C. (2012). *Litteraturreview ifm. BekæftigelsesIndikatorProjektet*. København.
- 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>
- Sedgwick, P. (2014). Non-response bias versus response bias. *BMJ*, 348(apr09 1), g2573–g2573. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2573>

- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1153–1166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- Sieling-Monas, S. M., & Bredgaard, T. (2015). Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 17(1), 28–43.
- Sieling-Monas SM, B. T. (2015). Er der evidens for antagelserne i beskæftigelsesindsatsen for sygedagpengemodtagere? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 17(1), 28–43.
- Sieurin, L., Josephson, M., & Vingård, E. (2009a). Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 50–56. <https://doi.org/10.1177/1403494808097171>
- Sieurin, L., Josephson, M., & Vingård, E. (2009b). Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 50–6. <https://doi.org/10.1177/1403494808097171>
- Walker, C. (2010). Ruptured Identities: Leaving Work Because of Chronic Illness. *International Journal of Health Services*, 40(4), 629–643. <https://doi.org/10.2190/HS.40.4.d>
- Weihls, K., Fisher, L., & Baird, M. (2002). Families, health, and behaviour. *Families, Systems and Health*, 20(1), 7–46.
- A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence. (1984). Retrieved from https://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1459/1459321_ockander_timpka.pdf

<http://patienteducation.stanford.edu>

10 BILAG 1: INTERVIEWGUIDE

Inden du ringer op!

Tjek at mikrofonen/diktafonen virker

At du har interviewguiden foran dig

Information om: Navn, alder og kommune

Har tisset af 😊

Ring op

Goddag du taler med..... fra Aarhus universitet, er det xxx jeg taler med? Vi havde en aftale om et interview her i dag om din kursuserfaring fra Lær at tackle job og sygdom. Er du klar til det? Og har du fundet dig et godt sted, hvor du kan sidde?

Godt! Det første jeg lige vil høre dig om, er om du har nogle spørgsmål til interviewet, inden vi går i gang?

Vi optager jo interviewet, for at jeg ikke skal sidde og notere, mens vi taler sammen, så jeg kan lytte ordentligt efter, og vi får alle dine erfaringer med.

Som jeg nævnte sidste gang, vi talte sammen, så tager det ca. mellem 30 og 45 min. i alt, og jeg vil undervejs spørge ind til en række temaer forbundet med kurset og din sygemelding. For at vi kan nå det hele, kan det godt være, at jeg afbryder lidt undervejs, så det håber jeg, at du kan bære over med 😊

Til slut vil jeg høre dig ad, om der er noget vigtigt, som vi har glemt, ellers er du selvfølgelig velkommen til at sige til undervejs, hvis du kommer i tanke om noget, du synes er vigtigt.

Er det OK med dig? Hvis du er klar, så vil jeg først spørge dig kort om din sygemelding og om kurset...

Interviewguide

Om din sygemelding

- Hvad var den primære årsag til din sygemelding, inden du startede på Lær at tackle job og sygdom kurset? Hvis du altså kender den?
- Har det ændret sig, eller er der andre årsager til din sygemelding, som du tænker er relevant her?
- Hvor længe havdeeller symptomer på(årsagen til sygemeldingen) været et problem for dig?
- Hvordan påvirkede sygdommen/symptomerne dig i dit daglige liv?

Om kurset

Forventning og deltagelse

- Hvor hørte du om kurset?
- Hvor mange gange var du på kurset? Hvis fravær (antal gange)
 - o Kan du huske årsagen til fravær?
- Hvilke forventninger havde du til kursets indhold?
 - o Levede det op til dine forventninger?

- Hvordan oplevede du den første kursusdag?

Instruktørerne

- Hvordan oplevede du instruktørerne på kurset? (Hvad var positivt – var der evt. noget, der var negativt?)
 - o Kompetence
 - Var formålet med de enkelte kursusgange klart?
 - o Engagement
 - Virkede det som om, at instruktørerne selv troede på, at kurset virkede?
 - o Forståelse af kursisdeltagerne
 - Fornemmede du, at instruktørerne vidste, hvilke udfordringer kursisdeltagerne gik og tumlede med?
-
- Betød det noget, at instruktørerne selv havde erfaring med 'at være sygemeldt' og skulle vende tilbage til arbejde?

Undervisningsmaterialet og emnerne

- Anskaffede du dig kursusbogen?
- Fik I andet materiale?
 - o Var materiale til at forstå?
 - o Var der for meget/lidt materiale?
- Synes du emnerne, som blev gennemgået, var relevante for dig og din situation?
 - o Mangler der væsentlige emner?
 - o Kunne noget have været udeladt?
- Hvad kunne have gjort det bedre?

Gruppen

- Hvordan var stemningen i gruppen?
 - o Kunne man have gjort noget, for at stemningen blev bedre? (hvis den var ringe)
- Var der plads til alle?
- Havde du lyst til at fortælle om dig selv på kurset?
- Var det en fordel, at kurset foregik i grupper?
 - o Har du været i kontakt med andre fra gruppen efterfølgende?

Mødet med andre

- Hvordan var det at møde andre, der var sygemeldte i en længere periode?
- Var der nogen, som inspirerede dig i forhold til at håndtere dine problemer, og de begrænsninger som du oplevede?

Virkningsmekanismer

- Har du kunnet drage nytte af kurset i forhold til din sygdom og/eller tilbagevenden til arbejdet?
 - o Hvad har du kunnet bruge i hverdagen bagefter?
 - o Har du nogen konkrete eksempler?
- Du er blevet undervist i fx

- Handleplaner – har du lavet nogen plan, der skal forebygge forværring af symptomer eller fremme din tilbagevenden til arbejde?
- Problemløsning – fx snakket med din arbejdsgiver eller jobkonsulent om hjælpemidler mv.?
- At kunne træffe beslutninger – har du arbejdet med at vurdere fordele/ulemper, når der skal træffes en beslutning?
- Muskelafspænding (kropsgennemgang) – bruger du det nu?
- Fysisk aktivitet – er du kommet i gang med at gå/træne?
- Kost – har du ændret på dine kostvaner?
- Kommunikation – om 'jeg' og 'du' budskaber, åbenhed, at kunne bede om hjælp
- Humørdagbog – hvordan har du det fra dag til dag? Registrerer du humør forandringer?
- Kontakt og samarbejde med jobkonsulenter og sundhedspersonale – skriver liste over de væsentligste bekymringer, eller får stillet spørgsmål til ting du ikke forstår?
- Pacing – balance mellem aktivitet og hvile

Ændringer

- Er der sket nogle væsentlige ændringer i dit liv, efter du har været på kurset Lær at tackle job og sygdom?
- Er det din overbevisning at dét, at du har været på kursus, har gjort en forskel?
- Har der været negative begivenheder i dit liv efter kurset?
 - Har kurset gjort dig i stand til at tackle(negative begivenheder) anderledes?
- Efter du har været på kursus er der så sket nogle ændringer i forhold til:
 - Kontakt til venner, familie, forældre, børn mv.?
 - Kontakt til myndigheder?
 - Din lyst og evne til at tale med andre om din situation?
 - Din tro på at du altid vil kunne bede om hjælp fra andre, hvis det er svært?
 - Din søvn?
 - Dit humør?
 - Din oplevelse af livskvalitet?
 - Dine tanker om dig selv og dit liv?
 - Din følelse af at kunne gøre noget ved dit liv/situationen selv, for at få en bedre hverdag?
 - Opmærksomhed på advarselssignaler og 'triggere' for hvad der udløser eller forværrer symptomer?
 - Kan du komme i tanker om andre ændringer pga. kurset?
- Kom gerne med konkret eksempler på ovenstående – gerne hverdagssituationer, hvor deltagerne lægger mærke til en forskel!
- Når du oplever særligt mange udfordringer eller en forværring af symptomerne, hvilke tanker går så gennem hovedet?
 - Kan du mærke, at du tænker anderledes pga. kurset?
- I det hele taget, har kurset medført ændringer i dit liv?
 - Hvad er den vigtigste ændring, sådan som du ser det i dag?
- Er du vendt tilbage til arbejde/praktik eller arbejdsprøvning? (Måske er der andre muligheder)
- Føler du dig (mere) parat til at vende tilbage til arbejdet?
 - Hvad har gjort, at du føler dig mere klar?

Afsluttende

- Var antallet af kursusgange passende?
- Hvad synes du om formen på kurset?
 - o Var der tid nok til det hele?
 - o Dagsorden i forhold til at kunne tale om sine aktuelle problemer og oplevelser
 - o Har du savnet mere opfølgning på kurset?
- Hvordan ville du i korte træk beskrive kurset overfor en ven/veninde?
- Ville du anbefale kurset til andre, der er sygemeldte?

Har du yderligere at tilføje?

Tak for at du ville være med! Det har været en stor hjælp og fortsat god dag.